

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI – UNIVALI

HELOISA HELENA VENTURI LUZ

**POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE BLUMENAU: Uma experiência de
gestão democrática?**

ITAJAÍ (SC) 2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI – UNIVALI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E
CULTURA – PROPPEC.
CENTRO DE EDUCAÇÃO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, POLÍTICAS E
SOCIAIS – CEJURPS.
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM GESTÃO DE
POLÍTICAS PÚBLICAS – PMGPP**

**POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE BLUMENAU: Uma experiência de
gestão democrática?**

Heloisa Helena Venturi Luz

**Dissertação apresentada à Banca Examinadora
no Mestrado Profissionalizante em Gestão de
Políticas Públicas da Universidade do Vale do
Itajaí – UNIVALI, sob a orientação do Dr. Carlos
Eduardo Sell e do Msc. Guillermo Alfredo
Johnson, como exigência parcial para obtenção
do título de Mestre em Gestão de Políticas
Públicas / Profissionalizante.**

ITAJAÍ (SC) 2006

RESUMO

Desde o século XVIII, quando predominavam em toda a Europa os modelos asilares e segregadores destinados aos loucos até os nossos dias, passados quase trezentos anos, a loucura ainda é tema polêmico em que pese a evolução das sociedades e das ciências. O novo modelo, introduzido principalmente por Franco Basaglia, na Itália dos anos 1970 que propunha a extinção dos manicômios e uma forma mais democrática de lidar com os transtornos psíquicos permeia ainda hoje as discussões, planejamentos e execução de políticas públicas de saúde mental. Some-se a esta proposta, defendida em âmbito nacional e internacional, os movimentos sociais em defesa dos direitos dos portadores de sofrimento psíquico que dominaram e se difundiram amplamente, também no Brasil, especialmente a partir da década de 1980. A Reforma Psiquiátrica aliada a Reforma Sanitária foram os dois movimentos sociais e da saúde coletiva que introduziram na agenda política os debates, as deliberações e a efetivação do controle social nas ações de saúde mental. Como resposta às reivindicações destes movimentos, em 2001 é promulgada a Lei da Reforma Psiquiátrica e com ela as diretrizes nacionais que buscavam a inversão do modelo arcaico, tradicional e centrado no saber e no poder médico como formas de tratamento vigente a época, por um modelo mais democrático, de base coletiva, respeitando os direitos dos usuários dos serviços instituindo os modelos substitutivos ao hospital psiquiátrico. Surgem, assim, os Centros de Atenção Psicossocial e toda uma nova ideologia de atenção em saúde mental, fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde que se dissemina por todo o território nacional. Acompanhando as mobilizações em nível nacional, o município de Blumenau, guardadas as devidas proporções, também realiza a sua “Reforma Psiquiátrica” e a partir do ano de 2001 passa a implantar ações que objetivam igualmente a substituição do modelo clássico de saúde mental por um modelo mais humano, democrático e que se desenvolva em sintonia com as diretrizes estadual e federal. É neste contexto que algumas iniciativas são implementadas como a busca pelo maior envolvimento dos trabalhadores em saúde mental nas discussões, planejamento, elaboração e execução da Política de Saúde Mental. Este estudo, portanto, pretende avaliar em que medida a gestão desta política de saúde pode ser considerada participativa e democrática, partindo de um referencial teórico e do ponto de vista dos trabalhadores em saúde mental que exerceram suas atividades profissionais no período de 2001 a 2004. Empreende-se também uma análise de documentos gerados em eventos como a I Conferência Municipal de Saúde Mental, V Conferência Municipal de Saúde, Planejamento Estratégico em Saúde Mental, entre outros. Desta forma, intenciona-se apresentar subsídios aos gestores, trabalhadores e usuários e a sociedade em geral que possam contribuir com a consolidação desta política de saúde no município de Blumenau.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Atenção Psicossocial, Políticas Públicas, Política de Saúde Mental, Gestão Democrática.

ABSTRACT

Since the XVIII century, when the asylum and segregating models prevailed throughout Europe, until today, three hundred years later, madness is still a polemical theme, despite the evolution of the societies and the sciences. The new model, introduced by Franco Basaglia in Italy in the 1970s, that proposed the extinction of the asylums and a more democratic way to deal with the psychical problems, permeates, until today, the discussions, plans and implementation of the public policies for mental health. Add to this nationally and internationally defended proposal, the social movements in defense of the rights of the psychical suffering-holders that have dominated and have been broadly spreading, also in Brazil, especially since the 1970's. The Psychiatric Reform allied to the Sanitary Reform were the two social and collective health movements that introduced in the politics agenda the debates, deliberations and gave effect to the social control in the mental health actions. As an answer to the claims of these movements, in 2001, the law of the Psychiatric Reform was promulgated, along with it came the national guidelines that wanted a change from the archaic, traditional and knowledge and medical-power centered model as forms of treatment used at the time, to a more democratic, collective base one, respecting the services users rights, establishing the substituting models to the asylum. So, the psychosocial attention centers appear and a whole new ideology of mental health, based on the principles of the SUS (Brazilian Health System) is spreading all over the country. Following the national mobilizations, taking the due proportions into account, Blumenau also makes its "Psychiatric Reform" and from 2001 onwards it has launched actions that aim the substitution of the classical mental health model by a more humanistic, democratic one and a development in tune with the state and federal guidelines. It is in this context that some initiatives are implemented in search for a higher involvement of workers in mental health discussions, planning, design and implementation of a mental health policy. So, this study intends to evaluate in what level the management of this public health policy can be considered participative and democratic, starting from a theoretical framework of reference and from the mental health worker's point of view who worked in the period from 2001 to 2004. It also undertakes an analysis of documents generated in events such as the 1st Municipal Conference on Mental Health, 5th Conference of Health and Strategic Planning in Mental Health, amongst others. This way, it is intended to present subsidies to managers, workers and users and the society in general which can contribute to the consolidation of this health policy in Blumenau.

Key word: Psychiatric Reform. Psychosocial Attention. Public Policy. Mental Health Policy. Democratic Management.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO 1- A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO ÂMBITO INTERNACIONAL E NACIONAL	12
1.1 As bases histórico-sociais da saúde mental	12
1.2 A reforma psiquiátrica em nível internacional.....	17
1.3 A reforma psiquiátrica no Brasil	21
CAPÍTULO 2 - O MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BRASILEIRO	33
2.1 O Estado e as políticas públicas de saúde.....	33
2.2 Reforma sanitária, democratização e controle social em saúde	51
2.2.1 Planejamento e participação na gestão da política de saúde	57
2.3 O modelo de atenção psicossocial dos anos 90: perspectivas, possibilidades e resistências a sua implantação	59
CAPÍTULO 3 - POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: Uma experiência de gestão?	63
3.1 Democracia: conceitos e concepções	63
3.2 A democratização das políticas públicas no Brasil: a trajetória histórica das relações Estado e sociedade.....	65
3.3 Democratização e gestão participativa	68
3.4 A Democratização da saúde no Brasil	77
3.4.1 Os conselhos de saúde no Brasil	80
CAPÍTULO 4 - A SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU	87
4.1 Um resgate da história: dos anos 1980 aos dias atuais	87
4.2 As origens da saúde mental em Blumenau.....	89
4.3 Uma avaliação da política municipal de saúde mental.....	94
4.4 Análise da gestão da política de saúde mental	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS	140

REFERÊNCIAS	147
FONTES DE PESQUISA DOCUMENTAL	152
ANEXOS.....	153

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro, de modo geral, vem passando por profundas transformações, em especial e de forma mais acentuada nas três últimas décadas. Essas transformações não podem ser dissociadas daquelas acontecidas em níveis político, administrativo, institucional e, porque não dizer, cultural, na sociedade brasileira. São inegáveis e visíveis as mudanças que essas transformações provocaram, entre avanços e retrocessos, em que pese as transições conflituosas, traumáticas e fortemente marcadas por contradições nos diversos campos de debates.

Um dos marcos destas transformações – a Constituição de 1988 – criou o Sistema Único de Saúde (SUS), legitimando aspectos fundados nos princípios da universalidade de acesso, participação popular, integralidade das ações em saúde, a consolidação do direito à saúde como um dever do Estado, entre outros princípios.

Com a Constituição Cidadã, como ficou conhecida, as conquistas da sociedade pareciam estar absolutamente garantidas, afinal, estavam formal e oficialmente escritas em leis que fariam cumprir o direito conquistado. Entretanto, a efetivação nas estruturas previstas pela Carta Magna só aconteceria a partir da década de 1990 com a promulgação das leis 8.080 e 8.142 que consolidaram, definitivamente, o SUS enquanto sistema de saúde a que todo cidadão brasileiro, independentemente de qualquer discriminação, teria acesso, legitimando a participação da sociedade na gestão da política de saúde.

Ainda que o SUS esteja consolidado enquanto sistema nacional de saúde há quase 15 anos, percebe-se nos dias atuais algum grau de insatisfação marcado por manifestações dos gestores, em especial os da esfera municipal, reclamando maior investimento, principalmente de recursos financeiros. Igual insatisfação e até descrédito no sistema, por parte dos trabalhadores, com baixa qualificação e remuneração e inadequadas condições de trabalho. E, o que é mais perceptível e, ao mesmo tempo, menos valorizado: a insatisfação e o descrédito por parte dos usuários do sistema,

justamente aqueles que deveriam ser – como prescreve a legislação – o centro, os protagonistas do Sistema Único de Saúde.

Há que se considerar também, as crises em especial as de ordem econômica e política pelas quais o país passou nas décadas de 1970 e 1980 e que, em maior ou menor grau dificultaram ou, no mínimo, atrasaram a evolução do processo de construção e consolidação do sistema de saúde.

Críticas e dificuldades à parte, é necessário admitir que as soluções tão almejadas por parte dos usuários e técnicos e ainda pelas esferas de gestão das políticas de saúde, são de alta complexidade e demandam tempo, determinação ideológica e política e, fundamentalmente, participação social. É preciso reconhecer, também, que os avanços aconteceram.

É de suma importância, portanto, ter a compreensão das dimensões da abrangência destas crises. Elas não são, absolutamente, exclusivas do Brasil. Vivemos crises de proporções planetárias, que não poupam países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Crises que afetam em escala mundial, os setores público e privado de todas as nações. Em última análise, isto é decorrência da política neoliberal que se disseminou nos últimos anos, inclusive no setor saúde.

Mas apesar de todas as mazelas herdadas ou criadas no contexto mais recente das políticas públicas brasileiras, há que se pontuar aspectos positivos, conquistas e avanços, gerados através de iniciativas coletivas fundadas em um pensamento crítico, solidário, que buscam um modelo mais justo, igualitário e participativo nas formas de fazer saúde. Limitamo-nos a citar dois exemplos de propostas que, apesar das limitações, podem ser consideradas exitosas em suas diversas singularidades: o PSF¹ e os serviços substitutivos em saúde mental – CAPS/NAPS². Os dois exemplos são o resultado de tentativas de encontrar soluções alternativas para a organização da assistência à saúde. Ambos estão fortemente vinculados aos processos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica com marcadas características de um modelo democrático, onde a participação da sociedade nos processos decisórios é fator de destaque, cujos índices de resolutividade das ações, se não são ainda os ideais, apresentam

¹ PSF é a sigla utilizada pelo Ministério da Saúde para descrever Programa de Saúde da Família.

² CAPS/NAPS é a sigla utilizada pelo Ministério da Saúde para descrever Centro de Atenção Psicossocial/Núcleo de Atenção Psicossocial.

aspectos bastante avançados em relação aos modelos assistenciais tradicionais, hegemônicos e centralizadores.

Mas apesar de todas as mazelas herdadas ou criadas no contexto mais recente das políticas públicas brasileiras, há que se pontuar aspectos positivos, conquistas e avanços, gerados através de iniciativas coletivas fundadas em um pensamento crítico, solidário, que buscam um modelo mais justo, igualitário e participativo nas formas de fazer saúde. Limitamo-nos a citar dois exemplos de propostas que, apesar das limitações, podem ser consideradas exitosas em suas diversas singularidades: o PSF³ e os serviços substitutivos em saúde mental – CAPS/NAPS⁴. Os dois exemplos são o resultado de tentativas de encontrar soluções alternativas para a organização da assistência à saúde. Ambos estão fortemente vinculados aos processos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica com marcadas características de um modelo democrático, onde a participação da sociedade nos processos decisórios é fator de destaque, cujos índices de resolutividade das ações, se não são ainda os ideais, apresentam aspectos bastante avançados em relação aos modelos assistenciais tradicionais, hegemônicos e centralizadores.

Ao dirigirmos o olhar para as questões mais específicas da saúde mental, vamos encontrar um campo fértil às reflexões e às críticas, às idéias emergentes e às situações absurdas, retrógradas e, por vezes, mais adoecidas que a própria doença mental, que insistem em resistir aos claros avanços, a duras penas conquistados por usuários⁵, familiares, trabalhadores em saúde, militantes de movimentos sociais por todo o país.

Paulo Amarante (1997) apresenta a necessidade de reinventarmos as formas de lidar com as diferenças, inventar, inovar, criar diferentes práticas para podermos inspirar novas possibilidades. É, portanto, um processo social complexo que tem por objetivo principal dar um novo significado às relações e não simplesmente desconstruir os dispositivos psiquiátricos existentes e substituí-los por outros mais humanos e democráticos. Há que se questionar então: a quem cabe inovar, criar, inventar novas formas de assistência,

³ PSF é a sigla utilizada pelo Ministério da Saúde para descrever Programa de Saúde da Família.

⁴ CAPS/NAPS é a sigla utilizada pelo Ministério da Saúde para descrever Centro de Atenção Psicossocial/Núcleo de Atenção Psicossocial.

⁵ Usuário - é o termo aqui utilizado para descrever aquelas pessoas com transtornos psíquicos e /ou seus familiares que mantinham vínculo, utilizam os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS do município para seus tratamentos e atividades.

planejamento, gestão das ações em saúde mental? O que se quer construir ou desconstruir?

Especificamente no caso das experiências brasileiras, o que se busca de maneira mais enfática a partir dos movimentos sociais como o da Reforma Psiquiátrica e aqueles mobilizados por associações de usuários e familiares, é a construção de uma nova história, pensando não apenas nas transformações da assistência, mas, sobretudo e, essencialmente, nas transformações das formas de pensar e gerir as políticas de saúde mental.

No entendimento dos técnicos que trabalham na área de planejamento em saúde um projeto deve ser composto de interesses e necessidades da sociedade, de diretrizes políticas e dos modos de gestão dos sistemas públicos. Talvez por isso ainda não tenhamos conseguido historicamente superar as práticas tradicionais, na medida em que o projeto de reforma em saúde ainda é muito anti e pouco pró. Assim, o direito à saúde, as intervenções do Estado, a democratização da gestão, devem ser defendidas como sendo elementos essenciais à construção de uma cidadania efetiva.

Como exemplo dos avanços conquistados nos últimos anos no campo da saúde mental, seguindo as diretrizes que reorientam o modelo de atenção, observa-se a disseminação em todo o país de ações cujo objetivo maior é o processo de desospitalização das pessoas portadoras de transtornos psíquicos. São serviços conhecidos como “substitutivos” ao hospital psiquiátrico. Em que pese alguma mudança, percebe-se em muitas das experiências, certa tendência a cronificação dos usuários destes serviços. Na verdade, o que pode acontecer é que se muda o espaço físico de tratamento sem, contudo, mudar a concepção, o conceito, as bases teórico-práticas e, assim, evidencia-se o risco da reprodução do modelo manicomial fora dos limites do manicômio tradicional. O que o ideário da Reforma Psiquiátrica prescreve é a criação de uma rede de assistência em saúde mental ampla, não necessariamente formada por serviços superespecializados e com forte enfoque e participação comunitária. Em outras palavras, a Rede de Atenção Primária deve, necessariamente, se fazer presente e atuante nas propostas de atenção em saúde mental desenvolvidas pelas políticas de saúde.

Pitta conceitua assim o que é reabilitação psicossocial:

No sentido instrumental, a “Reabilitação Psicossocial” representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes de saúde mental (PITTA, 1996, p. 19).

Numa definição clássica da International Association of Psychosocial Rehabilitation Services (1985), “*é o processo que tem por objetivo central facilitar ao indivíduo com limitações, o restabelecimento de suas funções na comunidade*” (apud PITTA, 1996, p.19). Esta abordagem reforça as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, oferecendo um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado (*Idem*).

Não importa a técnica a ser utilizada quando lidamos com a pessoa portadora de sofrimento psíquico. As variáveis que determinam os resultados são as que se distribuem em dois grandes extremos: um micro e um macro. O micro está no nível da afetividade, da continuidade, é o real vínculo paciente-profissional, ou seja, o gasto de tempo, energia, afetividade, que se tem nesta relação. Por outro lado há o macro, isto é, a maneira como os serviços estão organizados, se estão abertos 12 ou 24 horas, se está aberto à comunidade, se ele tem a aprovação de seus usuários, se satisfaz minimamente às pessoas que atende e, também, aos profissionais que nele se inserem, se ele utiliza recursos vindos da comunidade ou somente recursos institucionais. Estas grandes variáveis, que são variáveis de políticas de saúde mental, determinam se as técnicas sejam elas quais forem, estão funcionando ou não (SARACENO, 1996, p. 17).

Este autor ainda esclarece:

A variável é esse marco da saúde pública, o marco da política, do programa, da organização, do tipo de trabalho, de quem atua no serviço. A reabilitação não é uma técnica que se pode aplicar independentemente de um marco organizacional, estrutural, político que se dá em saúde mental numa determinada região, cidade, bairro ou país. (SARACENO, 1996, p. 17).

O tema saúde mental é por si, além de polêmico, aberto a inúmeras abordagens nos diversos campos das ciências: filosofia, sociologia, antropologia, psicologia, dentre outras. A questão tem permeado e suscitado discussões políticas, ideológicas, acadêmicas, inspirado mobilizações sociais, pesquisas, filmes, documentários, ocupando espaços e setores antes subtraídos da sociedade. A Reforma Psiquiátrica aliada ao Movimento da Luta Antimanicomial das décadas de 1980 e 1990 trouxe para a agenda nacional a necessidade impostergável de avaliar, inserir e consolidar, em todas as

dimensões, a política de saúde mental no contexto das políticas sociais do Brasil.

Reportando-nos para a realidade vivenciada no município de Blumenau/SC, aonde a assistência em saúde mental vem passando por transformações significativas ao longo dos últimos 16 anos, pensamos ser importante, oportuno e necessário empreender uma avaliação da Política Municipal de Saúde Mental, implantada no ano de 2001, na segunda gestão do Partido dos Trabalhadores naquele município.

Ações de saúde mental existem no município desde 1988. A assistência foi se estruturando praticamente sem planejamento, de forma desorganizada, a partir das demandas que surgiam espontaneamente. Desta maneira, centralizada, com ações pontuais, a assistência estava pautada no modelo médico-cêntrico, hospitalar e com forte ênfase na medicalização como forma de tratamento, à época prestada no Posto de Atendimento Médico (PAM/INAMPS).⁶

Algumas iniciativas tímidas de mudança do modelo aconteceram a partir de 1995, mas não representaram impacto suficiente para uma maior mobilização do ponto de vista de consolidação de um modelo orientado pelas diretrizes dos movimentos e políticas de âmbito nacional. Foram iniciativas isoladas (a partir da mobilização de um pequeno grupo de técnicos da equipe de saúde mental), sem o necessário investimento em planejamento, financiamento, qualificação teórico-prática da equipe de profissionais ou discussões mais amplas em instâncias decisórias. Além disso, não havia consenso dentro da própria equipe quanto à necessidade de mudanças e o gestor municipal estava alheio a este início de mobilização que motivou, primeiramente, um pequeno grupo de trabalhadores em saúde mental.

Assim, criou-se um misto de ambulatório de saúde mental com discretas ações com características de serviço substitutivo ao modelo vigente à época.

Paralelamente à situação local, construía-se em nível nacional, o marco das lutas da Reforma Psiquiátrica e Antimanicomial, com a promulgação da Lei 10.216 – Lei da Reforma Psiquiátrica e uma seqüência de portarias ministeriais

⁶ PAM/INAMPS - Posto de Atendimento Médico do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - foi um centro de referência em especialidades médicas, onde a psiquiatria era uma delas e executava procedimentos (consultas e internações) de forma completamente isolada e dissociada de outros serviços em saúde mental no município.

que regulamentam e reorientam o modelo de atenção em saúde mental em todo o território brasileiro.

É neste cenário que a atenção em saúde mental conquista espaço significativo na agenda da política de saúde do município.

Desta forma, o presente trabalho tem como objetivo geral focar as possíveis mudanças ocorridas na concepção do modelo de atenção psicossocial analisando a política pública à luz do processo democrático e participativo que se deu nesta gestão entre os anos de 2001 e 2004, a partir do ponto de vistas dos trabalhadores em saúde mental, sujeitos ativos deste processo complexo, dinâmico e permeado por conflitos e contradições já tão naturais destes momentos. Em que medida a gestão da Política de Saúde Mental pode ser considerada uma gestão democrática? Estes são, resumidamente, os aspectos que deverão nortear o estudo trazendo possíveis contribuições para a consolidação de um modelo mais equânime e adequado às propostas para a atenção psicossocial no município em consonância com as políticas em nível estadual e federal.

A opção por um tema que permitisse traçar uma avaliação do processo de implantação da Política Municipal de Saúde Mental surge sob a influência de alguns fatores relevantes, que procuraremos explicitar de forma sucinta.

Nossa familiaridade com as ações de saúde mental é a primeira grande motivação. No município de Blumenau, foram aproximadamente 14 anos de exercício profissional nesta área que despertou desde cedo especial interesse da pesquisadora, levando-a a empreender cursos de especialização no campo da saúde mental, desde meados dos anos 80, considerando-a uma das mais conflituosas e, ao mesmo tempo, apaixonantes das áreas da saúde. É importante enfatizar ao longo destes 14 anos de exercício como trabalhadora em saúde mental, a autora deste trabalho ocupou funções significativas e estratégicas dentro da estrutura da saúde do município - a Superintendência de Atenção à Saúde, que coordenava os serviços de saúde da atenção secundária, entre eles os três Centros de Atenção Psicossocial e, em 2001, passou a coordenar a Política Municipal de Saúde Mental, criada naquele ano. Sabemos que este é um assunto dos mais carentes de pesquisas, estudos e, sobretudo, carente de investimentos das mais variadas ordens. Desta forma, consideramos a existência de uma lacuna em determinados aspectos da

gestão da Política de Saúde Mental, carentes de avaliação – particularmente no que se refere à participação democrática no processo de implantação desta política social. Há também um desafio pessoal em aprofundar o conhecimento sobre esta gestão com o intuito de colaborar com a sua implementação, do ponto de vista da consolidação enquanto política pública social, através da pesquisa que nos propusemos realizar.

Há uma gama vastíssima de possibilidades a serem pesquisadas sobre este tema. A loucura, em si, desperta atitudes, preconceitos e oportunidades de questionamentos nas áreas sociais, filosóficas, antropológicas, psicológicas e biológicas que produziram e continuam a produzir centenas de trabalhos. Seguramente, existem conteúdos ainda inexplorados que surgirão com o objetivo de compreender não só a mente daqueles que sofrem com a dor psíquica, mas, principalmente, aquelas mentes que, sob a égide da normalidade, inauguram ou perpetuam atitudes, sentimentos e preconceitos que em absolutamente nada colaboram com os ideais de solidariedade, justiça e saúde mental, no seu sentido mais amplo.

No município de Blumenau, decorridos dezesseis anos, entre avanços e retrocessos na área de saúde mental, muitas coisas se sucederam. Desde mudanças de espaços físicos, passando por ampliações das equipes, diferentes metodologias de gestão, crises e novas possibilidades, não houve, ao longo destes anos, muitas iniciativas que culminassem em motivações ou interesses por empreender uma avaliação da saúde mental, enquanto política pública de saúde. É a partir de 2001, quando se institui no âmbito federal a Política Nacional de Saúde Mental, com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, e ainda, sob o estímulo das intensas manifestações da sociedade em defesa dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico, que em Blumenau surgem os primeiros interesses por pesquisar e conhecer mais aprofundadamente as questões acerca da assistência em saúde mental e, mais recentemente, da Política de Saúde Mental. Diante deste cenário elegemos o tema: “Política de Saúde Mental: uma experiência de gestão democrática?” como foco da pesquisa que ora desenvolvemos.

Sabemos que o tema da pesquisa é polêmico e permeado pelas mais variadas correntes, ideologias, teorias e práticas o que exige a elaboração de estudos detalhados de referenciais teóricos que possam fundamentar e traduzir

a relevância do trabalho em questão. Como frisamos anteriormente, a partir de 2001 surgem iniciativas de pesquisas e nossa intenção não se pauta nem pelo ineditismo nem pela crítica ou comparação com outras pesquisas. Pelo contrário, a intenção desta é, dentre outras, somar-se àquelas já existentes, enfocando aspectos ainda não investigados, no sentido de, mais uma vez, servir de subsídio para a consolidação de uma política pública de saúde. Este é, no nosso entendimento, um aspecto essencial, que justifica a relevância deste trabalho para os gestores da política de saúde bem como para todos os atores sociais envolvidos no processo e que efetivamente se interessem pelos avanços na qualidade da assistência em saúde no município de Blumenau.

O estudo realizado é de ordem essencialmente qualitativa e associada à análise documental e análise de entrevistas semi-estruturadas realizadas com os trabalhadores em saúde mental.

O grupo de trabalhadores em saúde mental é composto por aproximadamente trinta e cinco servidores entre profissionais de nível fundamental, médio e superior. Estes profissionais estão distribuídos nos três Centros de Atenção Psicossocial do município onde desempenham funções de apoio, administrativas e técnicas (de assistência direta às pessoas com transtornos psíquicos). A amostra para a pesquisa será composta por aproximadamente 15 destes trabalhadores (42,8% do total de profissionais) que tenham exercido suas atividades no período definido para a pesquisa (2001 – 2004). O grupo é composto por profissionais de nível superior (assistentes sociais, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais) e todos são servidores de carreira, ou seja, são concursados e admitidos pelo regime estatutário da Prefeitura Municipal de Blumenau. Entendemos que a participação e a percepção destes atores nos vários momentos de implantação e implementação da Política Municipal de Saúde Mental poderá subsidiar a pesquisa e contribuir com a análise da realidade vivenciada naquele período. Desta forma, a presente pesquisa poderá contribuir para a ampliação do conhecimento e a compreensão dos mecanismos e estratégias mais adequadas e necessárias à efetivação e consolidação das ações em saúde mental, com vistas ao melhor nível possível de qualidade, equidade, integralidade da assistência e controle social nesta área específica da saúde da população do município.

Nesta perspectiva, a presente dissertação está subdividida em quatro capítulos, assim resumidos:

No capítulo I apresentamos um resgate da história da loucura no mundo, num retrospecto que se inicia na Idade Média em diversos países até chegarmos à história da loucura no Brasil, do século XIX. Ainda neste capítulo, apresentamos uma contextualização da Reforma Psiquiátrica em nível internacional e seus desdobramentos na Reforma Psiquiátrica brasileira até os dias atuais.

O capítulo II traz uma contextualização sobre a formação do Estado brasileiro para abordar mais detalhadamente as relações entre Estado e sociedade no âmbito das políticas públicas. Na seqüência, apresentamos a Reforma Sanitária e seus desfechos - a democratização e o controle social no contexto das políticas sociais no Brasil. Enfocamos, também as questões relacionadas ao planejamento e a participação na gestão das políticas de saúde. O modelo de atenção psicossocial dos anos de 1990 é igualmente contemplado neste capítulo no que diz respeito às suas perspectivas enquanto proposta para a inversão do modelo assistencial em saúde.

No capítulo III conceituamos a democracia e contextualizamos a trajetória das políticas sociais brasileiras, bem como a trajetória dos movimentos sociais que deram início as mais variadas experiências de gestão de políticas públicas no país dos anos 1980 e 1990. Ainda neste capítulo a democratização e a gestão participativa são estudadas e formam a base teórica para a abordagem da democratização da saúde, igualmente destacada neste capítulo. Encerrando o capítulo III apresentamos, de forma resumida, mas não menos importante, um breve resgate da formação dos Conselhos de Saúde. Este tópico foi fundamental para definirmos alguns indicadores que utilizaremos para a análise final da pesquisa.

Finalmente, o capítulo IV traz um resgate histórico da assistência em saúde mental, abordando os principais aspectos desde a sua origem, passando pelo processo de implantação da Política Municipal de Saúde Mental culminando com a análise final, fundamentada em pesquisas documentais e nas entrevistas com os trabalhadores em saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial de Blumenau.

Assim, pensamos que os resultados do trabalho proposto poderão trazer sugestões que possam, em curto e médio prazo, preencher este espaço vital para a continuidade do processo de construção e consolidação da Política Municipal de Saúde Mental do município de Blumenau além de oferecer ao leitor uma visão ampliada das ações empreendidas no município, sob a ótica da participação democrática na gestão de uma política pública.

CAPÍTULO 1

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO ÂMBITO INTERNACIONAL E NACIONAL

1.1 As bases histórico-sociais da saúde mental

A loucura desde sempre foi tema polêmico, permeado de misticismo e preconceito. Não por mero acaso, o estigma, os mistérios, algo de fantástico e incompreensível, sobrenatural e místico ainda nos nossos dias povoam as mentes daqueles que desconhecem suas origens e, o que é pior, daqueles que, conhecendo suas origens, insistem em resistir, enclausurados em formas conservadoras e ultrapassadas de lidar com a loucura.

Após a Idade Média, com a queda gradual do Feudalismo, surge uma nova ordem social e o Estado, em suas tentativas de organização, se depara com uma população de indivíduos que não se adequam a esta nova ordem. Nascem, assim, segundo Foucault (1972), as instituições que recebiam toda espécie de pessoas que não se incluíam naquele modelo social estruturado.

Na Europa do século XVIII, as instituições asilares desempenhavam função de abrigo daquelas pessoas consideradas “indesejáveis” à sociedade. Entre as pessoas ali segregadas estavam os leprosos, sífilíticos, aleijados, mendigos e os loucos. Assim, a preocupação com o tratamento não existia, e os asilos cumpriam apenas a função fundamental de exclusão social. Os internos, com frequência perdiam suas referências, suas identidades e seus direitos de cidadania. Segundo Resende (1987) desde os tempos mais remotos, aos estudos etnográficos das sociedades que se convencionou chamar de primitivas as referências a loucos são abundantes.

[...] não existe cultura que não seja sensível, na conduta e na linguagem dos homens, a certos fenômenos com relação aos quais a sociedade toma uma atitude particular: estes homens não são considerados nem completamente como doentes, nem completamente como criminosos, nem feiticeiros, nem inteiramente como pessoas normais. Há neles algo que fala da diferença e chama a diferenciação. (FOUCAULT, 1975, p. 87).

Durante toda a Antiguidade e Idade Média o louco gozou de um certo grau de “extraterritorialidade”.

[...] a doença mental era uma questão largamente privada, basicamente determinada pelos costumes, o poder público só intervindo em assuntos de direito como, por exemplo, a validação ou anulação de um casamento quando um dos cônjuges enlouquecia ou se curava, proteção da propriedade de insanos perdulários. (RESENDE, 1987, p. 20).

Os tratamentos médicos desde a Grécia e Roma antigas permaneceram, *“como fenômenos localizados, restritos a uns poucos abastados, contrariamente às práticas populares e mágico-religiosas amplamente difundidas”*. (RESENDE, 1987, p. 21) As famílias de posse cuidavam de seus doentes, mantendo-os sob sua guarda ou aos cuidados de um assistente especialmente contratado, comparados pelo autor a “auxiliares psiquiátricos” de então. Aos pobres, era permitido vagar pelos campos ou mercados das cidades. Tinham sua sobrevivência garantida pela caridade pública ou por trabalhos simples realizados para particulares.

O final do século XV, com o declínio do campesinato como classe e a decadência dos ofícios artesanais vêm selar a sorte do louco e conduzir a loucura à categoria de problema social.

As medidas legislativas de repressão se complementaram pela criação de instituições, as casas de correção e de trabalho e os chamados hospitais gerais, que, apesar do nome, não tinham qualquer função curativa. Destinavam-se a limpar as cidades de mendigos e anti – sociais em geral, a prover trabalho para os desocupados, punir a ociosidade e reeducar para a moralidade mediante instrução religiosa e moral.(RESENDE, 1987, p.24).

Desta maneira, a loucura desaparece do seio social e os loucos passam a ser confinados nos porões das Santas Casas e dos hospitais gerais, somando-se aos demais deserdados de toda sorte, vivenciando punições e torturas. O mesmo autor chama a atenção para o fato de que as vítimas de insanidade, onde se reconhece alguma especificidade, receberiam tratamento “médico” que *“levados a tal grau de brutalidade, não podiam ser desqualificados como formas de tortura”* (RESENDE, 1987, p. 25).

Com a Revolução Francesa que marca o início da Era Moderna, surgem também, novas concepções nas formas de organização social e econômica. Assim, as populações até então alijadas de toda e qualquer forma de convívio social passam a despertar interesse em um novo mercado de

trabalho que emerge bem como nas novas concepções de cidadania, liberdade e igualdade. Surge um movimento de denúncias contra as internações arbitrárias dos doentes mentais, seu confinamento com toda espécie de marginalizados sociais e as torturas disfarçadas ou não sob a forma de tratamentos médicos. (RESENDE, 1987).

Esta fase da história pode ser resumida pelas participações de Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chiaruggi na Itália, Todd nos Estados Unidos, considerados os principais protagonistas de um movimento de reforma através do qual, pela primeira vez na história os loucos seriam separados de seus colegas de infortúnio e passariam a receber cuidados psiquiátricos sistematizados.

Do século XVIII para o século XIX o pensamento organicista começa a ocupar espaço e, na psiquiatria, a idéia se propaga na forma de tratamentos de base fisiológica que resultam das dificuldades práticas dos tratamentos de base moral e dada às urgências determinadas pela superlotação dos manicômios. É a época de ouro do desenvolvimento da anatomia patológica e a psiquiatria é fortemente influenciada por estas tendências, levando os alienistas⁷ a buscarem causas orgânicas para a loucura, desenvolvendo, como consequência, procedimentos terapêuticos físicos e medicamentosos.

Foi em nome dessa verdade que o tratamento manicomial se transformou em um conjunto de intervenções mais ou menos violentas sobre as funções orgânicas. Infligir o sofrimento físico e a violência, para atuar sobre o cérebro doente, passou a ser rotina terapêutica. O manicômio não é mais um 'instrumento de cura'. Nem instrumento. Passou a ser *lôcus*, apenas um lugar onde o louco está à mão, para submeter-se aos diversos 'tratamentos físicos'. É, sem dúvida, um panorama sombrio. (PESSOTI, 1996, p.285).

Guardadas as devidas proporções e motivações, havia àquela época, denúncias de superlotação, com críticas ao sistema autoritário e de clausura que imperava nos hospícios. Surge, então, como resposta e tentativa de neutralizar estas denúncias, a proposta de criação das colônias de alienados. Estes locais sugeriam a idéia de liberdade aos loucos, dirimindo, assim, as denúncias de superlotação, aprisionamento e maus tratos aos loucos, trazendo

⁷ Alienistas - No século XVIII os especialistas em tratar as doenças mentais eram assim conhecidos. O nome é oriundo do termo "alienado" ou seja, aqueles indivíduos despossuídos de valores materiais, morais e espirituais, que viviam em confinamento, privados do convívio social - os loucos.

ainda, embutido na idéia, a possibilidade de transformação do modelo assistencial vigente à época.

As colônias atualizam, então, o compromisso da psiquiatria emergente com a realidade do contexto sócio-histórico da modernidade. Na prática, o modelo das colônias serve para ampliar a importância social e política da psiquiatria e neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional. No decorrer dos anos, as colônias, em que pese seu princípio de liberdades e de reforma da instituição asilar clássica, não se diferenciam dos asilos pinelianos (AMARANTE, 1995, p. 28).

Somente após a Segunda Guerra Mundial despontam nos Estados Unidos e na Europa os primeiros movimentos que têm por objetivo a transformação do modelo que vigorava até então. A reconstrução dos países europeus propiciou o ressurgimento das críticas aos métodos de tratamentos violentos e excludentes na psiquiatria. Em alguns países despontam transformações destas práticas que possibilitam a adequação à nova ordem, em especial o pensamento de participação democrática e do bem estar social, iniciando um novo momento na história do tratamento da loucura que, de certa forma, repercutem ainda hoje nas sociedades ocidentais.

No Brasil, até a segunda metade do século XIX, os doentes mentais da cidade do Rio de Janeiro não recebiam qualquer assistência médica específica. Quando não eram colocados em prisões, os loucos vagavam pelas ruas ou eram encarcerados em celas especiais dos hospitais gerais das Santas Casas de Misericórdia (COSTA, 1980).

A partir de 1830, um grupo de médicos, higienistas⁸ na sua maioria, começa a pedir, entre outras medidas de higiene a construção de um hospício para os “alienados”. Neste mesmo momento, um importante movimento de opinião pública, com vistas à criação de um asilo, critica o modo como os loucos eram abandonados e os métodos de tratamento empregados na Santa Casa. O argumento dos higienistas, “*fundamentava-se na necessidade de um ambiente higiênico e arejado, onde os doentes pudessem ser tratados segundo os princípios de tratamento moral*” ou seja, uma vez qualificados como “loucos”, deveriam ser tratados medicamente. (COSTA, 1980, p.22).

⁸ Higienistas - médicos que advogavam as práticas higiênicas como o melhor método de tratamento das doenças, valorizando aspectos como o ar puro, locais limpos, higiênicos e, no caso da psiquiatria, asilos limpos e bem arejados como o local adequado ao tratamento médico da loucura.

Em 1841, o imperador D. Pedro II assina o decreto de fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II, inaugurado em 1852 na cidade do Rio de Janeiro.

Em 1890, após a instauração da República, o Hospício D. Pedro II passa a chamar-se “Hospital Nacional dos Alienados” e é separado da administração da Santa Casa para colocar-se sob a tutela do Estado.

Em 1899, o Governo Campos Sales impõe drásticas reduções orçamentárias à assistência psiquiátrica, que começa, então, a degradar-se.

No ano de 1902, partindo de denúncias de que o Hospital Nacional é simplesmente uma casa de detenção de loucos, não havendo tratamento conveniente, disciplina ou fiscalização, o Governo Rodrigues Alves decide reformular a assistência psiquiátrica e nomeia Juliano Moreira para o cargo de diretor do Hospital Nacional. Com ele, a psiquiatria ganha novo ímpeto e, sob sua influência é promulgada, em 1903, a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados.

Em 1912 a Psiquiatria torna-se uma especialidade médica autônoma e, a partir desta data até 1920, ocorre um aumento importante no número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais.

É o ano de 1927 quando o Governo Washington Luís cria o serviço de assistência aos doentes mentais do Distrito Federal, instituição encarregada de coordenar administrativamente todos os estabelecimentos psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro.

No início da década de 1930, esta instituição é incorporada ao Ministério da Educação e Saúde que, obedecendo à tendência centralizadora do governo surgido da Revolução de 1930, assume a responsabilidade por todos os serviços psiquiátricos do país.

Finalmente, em 1934, o Decreto nº . 24.559 de três de Julho promulga a segunda Lei Federal de assistência aos doentes mentais que *“dispõe sobre a prophylaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psychiatricos”* (COSTA, 1980, p. 22-23).

Entre a data da promulgação desta lei e o primeiro protesto contra a situação da assistência aos loucos foram quase cinqüenta anos, permeados de misticismo, sofrimento, exclusão, violência e abandono que deixaram sutis

impressões nas populações ocidentais, algumas delas, ainda com resquícios na cotidianidade das nossas vidas.

1.2 A reforma psiquiátrica em nível internacional

Ao longo da história da psiquiatria, diversos movimentos surgiram com o objetivo de se contrapor ao modelo asilar, em especial no período da reconstrução da Europa devastada pela Segunda Guerra. Além das críticas e comparações dos hospícios aos campos de concentração nazistas, havia a necessidade de mão de obra para a reconstrução dos países e, neste período sombrio sob todos os aspectos algumas correntes de pensamento tomam espaço e se constituem em movimentos de reforma psiquiátrica.

No final da década de 1940 surge, na França a Psiquiatria de Setor, inspirada nas idéias de Bonnafé, cujos fundamentos buscavam uma transformação das condições asilares do pós-guerra.

[...] um projeto que pretende fazer desempenhar à psiquiatria uma vocação terapêutica, o que segundo seus defensores não se consegue no interior da estrutura hospitalar alienante. Daí a idéia de levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional, etc. Trata-se, portanto de uma terapia *in situ*: o paciente será tratado *dentro* do seu próprio meio social e *com o seu* meio, e a passagem pelo hospital não será mais do que uma etapa transitória do tratamento (AMARANTE, 1995, p.36).

Esta modalidade de tratamento dividia o ambiente hospitalar em diversos setores onde cada um correspondia a uma região da comunidade. Assim, os hábitos e costumes de cada região eram preservados pela população interna e haveria uma continuidade no tratamento, com a mesma equipe, após a alta hospitalar.

Os fundamentos terapêuticos se baseavam, como aponta Jorge (1997) na vinculação cliente/equipe e à prestação de serviços extra-hospitalares como assistência domiciliar, dispensário de higiene mental para egressos, pronto atendimento, serviços de internação parcial, oficinas terapêuticas e oficinas protegidas. Guardadas as devidas proporções e a época destas reformas, podemos observar algumas semelhanças com as modalidades terapêuticas introduzidas em nossa realidade.

Somente nos anos de 1970 as discussões sobre esta modalidade de assistência são iniciadas no Brasil, através do Ministério da Saúde.

A década de 1950 é marcada por duas correntes de pensamento dentro das reformas psiquiátricas segundo Sampaio (1988): a Psicoterapia Institucional, de origem francesa e a Comunidade Terapêutica, de origem inglesa.

A Psicoterapia Institucional tem sua matriz teórica na Psicanálise. Criada por François Tosquelles e implantada no hospital de Saint Alban (França), reuniu vários ativistas marxistas, freudianos e surrealistas. Inicia-se, assim, uma experiência de transformação do espaço asilar buscando sua superação como espaço de segregação, a verticalidade das relações, criticando o poder médico. *“Com forte influência da psicanálise e do pensamento marxista, a psicoterapia institucional propunha tratar das próprias características doentias das instituições”* (JORGE, 1997, p. 26).

Este movimento chega ao Brasil no início da década de 1970 com a psicanálise e junto com ela se encerra na prática liberal, chega aos meios intelectuais e aos cursos de psicologia, não afetando os serviços e, logo se dilui.

Ainda citando Jorge (1997), em 1959, Maxwell Jones usa o termo comunidade terapêutica para definir as experiências desenvolvidas em um hospital psiquiátrico. De acordo com Sampaio (1988) surge como movimento de transformação psiquiátrica, de um novo lugar assistencial e de um novo conceito psicossocial. A experiência serve de matriz fértil para a Antipsiquiatria, a Psiquiatria Comunitária e a Psiquiatria Democrática. Apresenta vantagens como a humanização do tratamento, transformando o espaço de internação em local de convivência entre os internos, utilizando o desenvolvimento de atividades de rotina da vida diária como parte integrante do tratamento, resgatando assim a identidade e a autonomia das pessoas com transtornos psíquicos. Chega ao Brasil em meados dos anos de 1960 como marketing de modernidade nos hospitais privados. Aceita coexistir com a prática asilar, adotando a linguagem da intervenção educacional preventiva na comunidade.

A Antipsiquiatria, de matriz teórica no Existencialismo e na Fenomenologia tem origem na Inglaterra dos anos 1960. Para Sampaio (1988) é um movimento contestador da Psiquiatria como teoria e prática

exclusivamente médico-repressivas, que acompanha os movimentos sociais dos anos de 1960, propondo dissolver a barreira entre assistentes e assistidos, dissolver reclusão e repressão, promover liberdade com responsabilidade e trazer para a discussão em grupo toda conduta transgressiva.

No Brasil os problemas colocados pela Antipsiquiatria nos anos 1970, ficam circunscritos às classes intelectuais e, como a Análise Institucional, não tem seguimento.

Ainda na década de 1960, surge a Psiquiatria Preventiva e Comunitária, de origem norte-americana. De matriz teórica na Epidemiologia Funcionalista, o movimento resulta de uma política assistencial que deixou de focar a doença para focar sua latência. A Saúde Pública é o seu modelo de aplicação e tem como objetivo esclarecer os determinantes sociais da doença mental e a doença mental como patologia social.

Para Sampaio (1988) estas propostas chegam ao Brasil como instrumento modernizador das políticas do Ministério da Saúde, através da criação do Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM). O movimento atualizou a discussão do tema, negou ao hospital o lugar de centro do sistema de cuidados, mas não o superou, levando para os ambulatórios e centros comunitários vários pressupostos gerados na cultura hospitalar.

Franco Basaglia, após operar um processo de transformação no Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia (Itália), de 1961 a 1968, onde implantara um projeto de comunidade terapêutica, parte para os Estados Unidos em 1970 como professor visitante em um dos *Community Mental Health Centers* em Nova York. Aí amadurece um processo crítico sobre a natureza da instituição psiquiátrica e sobre a inviabilidade de sua mera reorganização, seja ela técnica, administrativa, humanizadora ou simplesmente política.

Nessa passagem pelos EUA, segundo Amarante e Rotelli (1992) Basaglia solidifica a operação de um significativo e amplo movimento sobre a natureza das instituições e das doenças psiquiátricas, dando início a uma fase de divulgação, conhecimento e debates ao mundo exterior de todas questões que envolvem a doença mental e a loucura.

Após um ano de trabalho em Parma (Itália), Basaglia chega a Trieste (Itália) em outubro de 1971. Resumidamente, a experiência de Trieste conduziu à destruição do manicômio, ao fim da violência e do aparelho da instituição

psiquiátrica tradicional, demonstrando ser possível a constituição de um circuito de atenção que, ao mesmo tempo em que oferece e produz cuidados, oferece e produz novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica, ou melhor dizendo, cuidados em saúde mental.

O movimento Psiquiatria Democrática é constituído a partir de 1973 tendo como meta principal a reforma psiquiátrica em toda a Itália e, para isso, é necessário criar bases sociais sólidas. Assim, o Estado italiano propõe uma revisão da legislação que vigorava a época e que datava de 1904. Cria-se, assim, uma comissão para estudar esta legislação e, apesar de Basaglia não participar dela, é sob sua liderança que a nova lei é promulgada, incorporando suas principais idéias. Desta forma, em 13 de maio de 1978 é promulgada a “Lei Basaglia” como ficou conhecida a nova legislação psiquiátrica italiana.

[...] após a Lei 180 deve desaparecer o hospital psiquiátrico. Não se deve mais construir hospitais psiquiátricos, e isso graças a um movimento e alguns conceitos que nós elaboramos. Todavia a lei consegue por intermédio de alguns artigos e de maneira contraditória ao espírito que a inspira deixar sobreviver a situação atual. De fato essa lei corresponde a uma situação de transição na qual se misturam diversas correntes. O tratamento sanitário obrigatório permanece, na prática, como um procedimento de internação e subsiste ainda a mistura de critérios médicos e administrativos. Poderiam passar alguns anos até que as coisas mudassem e tudo poderia continuar como antes. Então nós poderíamos continuar a falar de prevenção e essa lei acabaria por reforçar todos os problemas do assistencialismo: nessa perspectiva isso se torna muito perigoso. Quando digo que a situação deve ser mudada, é no sentido de uma gestão por parte da base, com a participação de todos, uma gestão popular, e essa não é uma coisa impossível. Nós temos a experiência e a prática dessa possibilidade (AMARANTE E ROTELLI, 1992, p. 46).

Todos os movimentos ocorridos a partir dos anos 50 na Europa e nos Estados Unidos, que buscavam transformar os modelos asilares e as formas de tratamento das pessoas com transtornos psíquicos que resumimos neste capítulo, influenciaram em maior ou menor grau, os movimentos que culminaram com a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em que pese as diferentes épocas, foram estes movimentos aliados às críticas e pensamentos que permeavam as instituições e aquelas pessoas engajadas nos processos de reforma, que trouxeram para o país as idéias de Basaglia e tantos outros que

contribuíram de forma decisiva para o fim do modelo asilar e o início da construção do modelo psicossocial dos dias atuais.

1.3 A reforma psiquiátrica no Brasil

Apresentaremos neste tópico um resgate da trajetória histórica da reforma psiquiátrica brasileira com o intuito de contextualizá-la e assim compreender a atual política de atenção à saúde mental.

Nas últimas décadas, a noção de reforma ganha uma inflexão diferente. *“A crítica ao asilo deixa de visar seu aperfeiçoamento ou humanização, vindo a incidir sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle”* (TENÓRIO, 2002, p. 27).

A expressão reforma psiquiátrica caracteriza um movimento que tem seu início na segunda metade da década de 1970 no Brasil em fase de restauração democrática. O processo que é denominado de reforma psiquiátrica brasileira data, portanto, de pouco mais de vinte anos e traz como lema essencial e fundamental o reclame da cidadania do louco. Considerada como um processo histórico de formulação crítica e prática, tem como objetivo e estratégias *“o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”* (Tenório, 2002, p.28).

No Brasil a reforma surge de maneira mais concreta a partir dos movimentos de redemocratização, no final da década de 1970, no contexto de uma intensa mobilização nacional, mais enfaticamente vivida nas grandes capitais brasileiras, onde se concentravam os grandes hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1997). Tem seus fundamentos não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental que vigorava à época, mas também, senão essencialmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições clássicas que detinham quase que absoluto poder sobre as formas de tratamento.

Inicialmente surgido dos reclames pela cidadania e direitos do louco, o movimento da reforma psiquiátrica brasileiro desmembra-se em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes.

A importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador deste processo está em que a reforma é, sobretudo um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social e as

relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si (TENÓRIO, 2002, p.28).

O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil tem suas origens na luta mais ampla pela redemocratização, na segunda metade dos anos de 1970, mas, existem dois marcos importantes que antecederam este período e que exerceriam forte influência no desenvolvimento dos fatos posteriores. O modelo das comunidades terapêuticas e o movimento da psiquiatria comunitária e preventiva têm como ponto de contato com a reforma o fato de ter sido *“uma reação às estruturas tradicionais do aparato asilar psiquiátrico”* (TENÓRIO, 2002, p. 28). Correntes teóricas como a da psicanálise, sugerem um novo modelo discursivo e organizacional das instituições e do seu cotidiano. Surge, pela primeira vez na história das instituições, a idéia de que nem só os loucos deveriam ser tratados, mas, também as equipes de profissionais, utilizando técnicas de leituras inconscientes (TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 1997).

Embora este modelo de intervenção não tenha trazido a solução para os problemas dos grandes manicômios, trouxe, ao menos, o início de um debate em torno da centralização do problema única e exclusivamente no louco, eximindo todos os demais participantes dos processos adoecedores de qualquer responsabilização.

O movimento da psiquiatria comunitária também propõe que a psiquiatria deveria organizar-se dentro de um programa mais amplo de intervenção comunitária, com o objetivo de evitar o adoecimento mental (TENÓRIO, 2002, AMARANTE, 1997). Propunha, assim, a organização de espaços comunitários de forma a prevenir a doença mental. Aqui o argumento para o insucesso desta abordagem é o risco da “psiquiatrização do social”. Evidentemente, não se dispunha à época das metodologias de hoje que pudessem contrapor tal argumento. A forte presença das idéias e práticas conservadoras, o caráter adaptacionista e normalizador de saúde mental que vigorava naqueles dias não permitiu que a proposta avançasse e se tornasse uma ameaça aos interesses principalmente dos hospitais privados. Em que pese o fracasso desta proposta, ela deixou alguma herança: *“Ao se propor, hoje, um tratamento que mantenha o paciente na comunidade e se faça disso um recurso terapêutico, ao contrário de normalizar o social, propõe-se que é*

possível ao louco, tal como ele é, habitar o social (e não o asilo de reclusão)” (TENÓRIO 2002, p.31).

Ainda assim, alguns autores mais contemporâneos propõem a concepção de território em lugar de comunidade, inspirados no modelo da reforma italiana – a psiquiatria democrática.

Território como algo que demarca a regionalização da assistência, mas que é muito mais do que isso: o território não é o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo. (TENORIO, 2002, p. 32).

A noção de território denota, assim a idéia de territórios subjetivos. No lugar de psiquiatria comunitária e preventiva, fala-se hoje em atenção psicossocial e território (AMARANTE, 1997).

Na segunda metade da década de 1970, no contexto do combate ao regime militar, explodem as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo federal. Ao mesmo tempo, surgem as denúncias de fraudes no sistema de financiamento dos serviços e, o que em muito contribuiu para o posterior movimento da reforma psiquiátrica, as denúncias de abandono, violência e maus tratos infligidos aos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos pelo país. O tom destas críticas já não se centrava mais nos pressupostos das práticas asilares e da psiquiatria neles exercida. O que se denunciava eram os excessos e desvios ali cometidos.

Quando teve início o movimento da reforma psiquiátrica, seus idealizadores tinham consciência de que as desejadas mudanças não se fariam em curto espaço de tempo. Afinal, *“seriam duzentos anos de história da psiquiatria a ser mudado: duzentos anos de um determinado tipo de prática que instruiu à sociedade a forma de lidar com a loucura”* (AMARANTE, 1997, p. 166).

Em termos de gestão a assistência psiquiátrica era gerida pelo Ministério da Saúde, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social e pelas próprias Secretarias Estaduais de Saúde. Ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais competia, basicamente, a assistência à população indigente, ou seja, aqueles sem direito às ações da Previdência Social. Assim, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde apenas administravam os grandes hospitais psiquiátricos destinados às populações em

grande desvantagem social ou *“um misto de loucos, um misto de indigentes, os denominados ‘casos sociais’ ”* (AMARANTE, 1997, p. 166).

Embora desde esta época os técnicos do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), inspirados no modelo da psiquiatria comunitária norte-americana, já preconizavam os recursos então denominados “extra-hospitalares” (ambulatorios, pensão protegida, hospital-dia, programas de atenção primária, etc), do total de gastos com assistência psiquiátrica daquele Ministério no ano de 1977 96% foram direcionados à rede hospitalar e o restante à rede extra-hospitalar, que era, à época, composta apenas de ambulatorios.

O caráter privado dos serviços contratados pela Previdência Social, a situação dos hospitais e da assistência aos doentes era a mesma das unidades públicas, ou seja, havia intensa carência de recursos materiais, humanos, maus tratos e violência aos quais se somavam um agravamento no que respeitava à falta de liberdade e de direitos como tempos de internação aumentados e proibição de visitas aos doentes internos (AMARANTE, 1997).

Com esta situação e com as bases teóricas que orientavam o Movimento da Reforma Psiquiátrica nos seus momentos iniciais, a ação reformista consistia, por um lado, *“em denunciar as distorções conclamando a uma participação da sociedade civil nas ‘tomadas de decisão’ das políticas públicas, o que refletia os anseios populares no período da redemocratização”*. Por outro lado e simultaneamente, *“preconizar duas ordens de princípios, quanto: 1. a inversão da política de saúde mental, de privatizante para estatizante e, 2. a implantação de alternativas extra-hospitalares que, neste contexto, significavam a inversão do modelo: de hospitalar para ambulatorial, de curativo para preventivo/promocional”*. (AMARANTE, 1997, p. 167).

Em 1978 é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que combinava reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário em defesa das pessoas com transtornos mentais. Este movimento alcançou grande repercussão e, nos anos que se seguiram, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial.

A crítica teórica às políticas de saúde do Estado autoritário e a elaboração de propostas alternativas constituiu o que se chamou Movimento da Reforma. A importância é colocada na administração e no planejamento dos

serviços e na ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Acreditava-se que o aperfeiçoamento técnico e o gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública resolveriam o problema da má assistência em saúde, inclusive (mas não apenas) no setor psiquiátrico brasileiro.

A década de 1980 marca a chegada dos protagonistas e das propostas do movimento sanitário à gestão efetiva dos serviços e das políticas no país.

Com o objetivo de frear as distorções acarretadas pelo modelo privatizante e curativista da Previdência Social, teve início uma nova modalidade de convênio entre a Previdência e o Ministério da Saúde, que previa a colaboração da primeira no custeio, planejamento e avaliação das unidades hospitalares do segundo, que passou a ser denominada de Co-gestão. (AMARANTE 1997, p. 168):

A relevância desta modalidade de convênio está no fato histórico de ser uma primeira experiência no sentido de estabelecer uma relação de co-participação das instituições públicas do setor de saúde que, até então, atuavam de forma absolutamente isolada e a independente. Além desta iniciativa positiva, a proposta de co-gestão passa a ser o balão de ensaio de uma política de saúde que tem como princípios a descentralização, a integração interinstitucional, a hierarquização, a regionalização e a participação comunitária, que vai marcar as políticas de saúde nos anos subseqüentes, passando pelo Plano do Conasp⁹, pelas AIS¹⁰, SUDS¹¹ até o SUS¹² dos nossos dias (AMARANTE, 1997).

Os princípios, diretrizes e estratégias do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) tornaram-se tão disseminados no aparelho do Estado que, em 1985, acontece o Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste no Espírito Santo.

Neste momento, algumas das principais coordenações de saúde mental, tanto estaduais como municipais e mesmo algumas instituições universitárias eram ocupadas por dirigentes oriundos do MTSM. A Carta de Vitória, como ficou conhecido o documento final deste evento, influenciaria de forma decisiva os relatórios da I Conferência Estadual de Saúde Mental no

⁹ CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária.

¹⁰ AIS - Ações Integradas em Saúde.

¹¹ SUDS - Sistema Único e Descentralizado de Saúde.

¹² SUS - Sistema Único de Saúde.

Rio de Janeiro e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, ambos ocorridos em 1987 (AMARANTE, 1997).

Os dois eventos surgiram em decorrência da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) que, sob a égide da influência do Movimento da Reforma Sanitária no contexto da Nova República possibilitaram, pela primeira vez na história, uma ampla participação da sociedade civil na formulação da política Nacional de Saúde. Como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde foram propostas conferências sobre áreas temáticas específicas, dentre as quais a da Saúde Mental.

A direção da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), sob administração claramente oposta aos princípios do MTSM, frente à ameaça do visível crescimento político do Movimento, postergou e tentou evitar que fosse realizada a Conferência do setor. Neste sentido deu-se início à organização, à revelia do MS, da Conferência do Rio de Janeiro, à qual seguiram-se outras em alguns dos estados, o que obrigou o Ministério da Saúde a se posicionar, convocando a Conferência Nacional (AMARANTE 1997, p. 169).

Num clima de claro embate, a I Conferência Nacional de Saúde Mental realizou-se em 1987, quando o MTSM rejeitava o encaminhamento dado pelo Ministério da Saúde, cujo propósito era efetivar um evento de caráter congressual e não democrático e participativo, retrocedendo em relação à tradição iniciada com a VIII Conferência Nacional de Saúde no ano anterior (AMARANTE, 1997).

A I Conferência representa, *o fim da trajetória sanitária de transformar apenas o sistema de saúde e o início da trajetória de desconstrução no cotidiano das instituições e da sociedade das formas arraigadas de lidar com a loucura* (TENÓRIO, 2002, p. 35). É a chamada desinstitucionalização. O encontro que a ela se segue institui um novo lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. Este momento histórico,

[...] estabelece um novo horizonte de ação: não apenas as macrorreformas, mas a preocupação com o ‘ato de saúde’, que envolve profissional e cliente; não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades. E incorpora novos aliados, entre eles os usuários e seus familiares, que, seja na relação direta com os cuidadores, seja através de suas organizações, passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo (TENÓRIO, 2002, p. 35).

A ação na cultura passa a ocupar um lugar estratégico no agora denominado Movimento da Luta Antimanicomial.

Trata-se de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura. A participação dos agora chamados 'usuários' dos serviços de saúde mental e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências passa a ser uma característica marcante do processo (TENÓRIO, 2002, p. 35).

Ainda na perspectiva de ampliação e ocupação dos espaços pelas mudanças propostas, cria-se o Dia Nacional da Luta Antimanicomial – 18 de Maio - com o objetivo de potencializar o poder de aglutinação de maiores segmentos da sociedade em torna da causa (AMARANTE, 1997).

Há um outro elemento significativo, que compõe essa conjuntura transformadora: a Conferência sobre a reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região, realizada em Caracas, em novembro de 1990, com o patrocínio da OPAS/OMS¹³ e com a participação dos Ministérios da Saúde, Seguridade Social e Justiça, os parlamentos e outras forças políticas nacionais de vários países (ROTELLI e AMARANTE, 1992). A Declaração de Caracas, da qual o Brasil também é signatário, embora aborde a questão psiquiátrica de forma genérica e pouco precisa, proclama a necessidade premente de reestruturação imediata da assistência psiquiátrica, pela adequação das legislações dos países, de tal forma que assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais e promova a reorganização de serviços que garanta o seu cumprimento.

Do mesmo modo, a formulação de leis que versem sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica pode emanar do Executivo ou do Legislativo, a exemplo do que ocorreu no Brasil com o Projeto de lei do deputado Paulo Delgado.

O importante é a construção real e efetiva de novas possibilidades assistenciais por parte dos grupos ou poderes locais que, sem sombra de dúvida, podem interferir decisiva e resolutivamente nesse processo. Isso significa dizer que, ainda mais importante do que os planos nacionais e as leis, que têm sua importância e eficácia, são os trabalhos práticos de implantação de novas experiências que demonstrem e comprovem ser possível prestar atenção psiquiátrica diferenciada, sob novos modelos de cuidado, sem necessidade de asilo, de violência, de discriminação, de segregação; que demonstrem ser possível uma prática psicossocial que crie novas dimensões, novas

¹³ OPAS/OMS - Organização Pan Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde.

subjetividades, que produza vida e não morte. (ROTELLI e AMARANTE, 1992, p.50).

O que para um observador desatento ou mesmo para os agentes que as edificam, estas ações possam parecer pequenas ou sem grande repercussão nacional, *“as experiências locais é que são as verdadeiras transformações da assistência psiquiátrica e sobre elas serão feitas ou sustentadas as leis e planos de grande porte”* (ROTELLI e AMARANTE, 1992, p. 50 -1).

Em 1989, com a possibilidade surgida a partir da intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, concretizou-se uma nova dimensão histórica. Com as inovações introduzidas pela Reforma Sanitária que permitiram uma efetiva descentralização no sistema nacional de saúde, em três de maio daquele ano, a Prefeitura de Santos (sob a gestão do Partido dos Trabalhadores) decidiu intervir naquela clínica psiquiátrica privada, a partir de denúncias de mortes e outras situações de violência que vinham ocorrendo.

Com a intervenção, diferentemente de outras ocorridas em outros momentos e cidades, surgiu a possibilidade de por em prática a experiência radical: a desmantelamento do aparato manicomial, com a conseqüente implantação de uma rede territorial de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo psiquiátrico tradicional, além de uma série de outras experiências culturais e sociais.

[...] passam a ser constituídos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) como protótipos dos novos serviços autenticamente substitutivos ao aparato manicomial: centros de saúde mental ‘fortes’, com funcionamento ininterrupto que são responsáveis por todo e qualquer tipo de demanda psiquiátrico-psicológico de uma determinada região geo-político-cultural da cidade que, neste contexto, vai ser denominada de território. (AMARANTE, 1997, p. 171).

O Projeto de Lei do deputado federal mineiro, Paulo Delgado, que neste momento histórico passa a ser o porta-voz de toda a sociedade brasileira, surge neste contexto e se torna o centro dos debates em torno da reforma psiquiátrica nos próximos sete anos. Tal projeto consolidava no debate nacional, o princípio da superação do modelo tradicional e clássico, na medida em que dispunha *“sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua*

substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (BRASIL, 2004b).

O projeto de lei teve o mérito de introduzir a questão na ordem do dia da mídia nacional, ao mesmo tempo em que dezenas de associações de usuários e familiares, algumas já anteriormente existentes, foram constituídas a partir e em função deste debate (AMARANTE, 1997).

Assim, podemos perceber que a experiência de Santos e o Projeto de Lei contribuíram sobremaneira e definitivamente para a extensão do debate e para o surgimento de novos e significativos processos, tanto assistencial quanto cultural.

[...] um novo ator, para além das entidades de técnicos e mesmo do transmutado MTSM, aparecia no cenário das políticas públicas: as entidades de usuários e familiares que, simbolizados pela associação nascida em torno do Hospital de Juqueri, dão bem a tônica deste momento: ‘Loucos pela Vida’. (AMARANTE, 1997 p. 173).

No início dos anos de 1990, o Ministério da Saúde, já sob forte influência política e ideológica do movimento da reforma psiquiátrica, das experiências santista e paulista e, ainda, dos debates desencadeados pelo Projeto Paulo Delgado, edita a Portaria 189/91 que amplia e diversifica os procedimentos da Tabela SIA/SUS e SIH/SUS¹⁴, possibilitando o financiamento de novas estruturas assistenciais do tipo Centro de Atenção Psicossocial, Núcleo de Atenção Psicossocial, hospitais-dia e unidades psiquiátricas em hospitais gerais. A grande novidade introduzida por esta portaria está no fato de viabilizar a possibilidade efetiva de financiamento de estruturas não manicomiais, o que, embora fosse um princípio existente desde os primeiros momentos do MTSM, ainda não era uma realidade no país.

Outra Portaria Ministerial, a 224/92, estabelece condições de financiamento dos serviços de saúde mental e dá início a um processo de fechamento de serviços hospitalares absolutamente precários, qualificando os existentes à época.

Desta forma percebe-se a sensível mudança na política de saúde mental brasileira a partir da edição das duas portarias, somada ao trabalho político de

¹⁴ SAI/SUS e SIH/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar do Sistema Único de Saúde, utilizados para fins de remuneração da produção ambulatorial e hospitalar das unidades de saúde vinculadas ao Sistema Único de Saúde.

desgaste da função terapêutica do manicômio existente desde o final dos anos de 1970. Nestes contextos, devemos inserir também as mais variadas formas de gestão das políticas públicas, inclusive da política de saúde mental que acompanhou e evoluiu dentro de todos os processos vividos pelo setor saúde brasileiro, evidenciando de forma especial, as experiências de gestão democrática, ativa participação de associações de usuários e familiares, profissionais de saúde e a sociedade civil de modo geral nos processos de gestão da política de saúde mental no Brasil (AMARANTE, 1997).

Desde os velhos e arcaicos macro-hospitais psiquiátricos e suas formas atroztes e vis de cuidar das pessoas, passando pelos longos períodos de centralismo autoritário e conservadorismo nas gestões das políticas sociais, chegando às formas mais democráticas e participativas dos nossos dias, passaram-se mais de dois séculos.

Ainda nos anos 1990 foram realizados importantes eventos dentre os quais podemos destacar a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, no ano de 1992 e o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em 1993, na cidade de Salvador.

Contando com mais de 1.500 participantes entre usuários, familiares, técnicos e representantes da sociedade civil, a Conferência reafirma os princípios extraídos das conferências e movimentos anteriores, incorporando tanto os princípios da reforma sanitária como um todo, quanto os princípios da desinstitucionalização enquanto processo social complexo, centrado não apenas em medidas sanitárias, mas também em princípios conceituais e culturais. Estes eventos e toda a mobilização social que trazem consigo, inauguram no Brasil uma nova fase, permeada de conquistas, avanços e retrocessos com marcada participação popular que se estendem e permanecem ocupando espaços antes totalmente subtraídos da sociedade pelas mais variadas formas e regimes antidemocráticos.

Já às portas do novo século e como conseqüência das lutas, debates e espaços ocupados em toda a trajetória da saúde mental, um último aspecto deve ser mencionado pela relevância e pela estreita relação que guarda com o tema proposto para a presente pesquisa. A participação da sociedade no processo da reforma e a ampliação dos setores nele envolvidos ganham novo desenho e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental consolida

a possibilidade real de rompimento com o modelo hegemônico dos anos passados vislumbrando, a partir da realidade das experiências exitosas ocorridas por todo o país, a efetiva participação da sociedade na gestão da política de saúde mental. O mais visível resultado desta luta e do qual partiram as novas iniciativas nos anos 2000 é a aprovação e promulgação em abril de 2001 da Lei da Reforma Psiquiátrica que após mais de uma década de discussões e tramitações no Parlamento brasileiro é aprovada e sancionada coroando, assim, anos de luta pela cidadania e respeito aos direitos das pessoas com transtornos psíquicos.

Como desdobramento da Lei 10.216 de abril de 2001 (BRASIL, 2004b) o Ministério da Saúde edita portarias que estabelecem as diretrizes para a consolidação do novo modelo, com base nas portarias dos anos de 1990 (portarias 189/91 e 224/92) que regulamentam a criação dos serviços substitutivos como os CAPS/NAPS entre outros. Já a Portaria 336/02 e a Portaria 189/02 (reeditada) editadas posteriormente, redefinem os modelos de atendimento e regulam a forma de financiamento a serem utilizados por estes serviços (BRASIL, 2004b).

Estas medidas têm como objetivo provocar mudanças nas formas como a sociedade, de uma maneira geral, pensa a pessoa com sofrimento psíquico. São, portanto, medidas que trazem no seu bojo, a idéia de mudança cultural, questionando e buscando novos paradigmas, trazendo para a discussão com a sociedade a questão dos mitos e do preconceito tão profundamente arraigados nas sociedades de todo o mundo. E mais: traz à luz, novas possibilidades de controle social nas questões relativas à fiscalização e gerência dos recursos destinados à assistência, efetiva participação social na elaboração, definição e execução da política de saúde mental, que são também aspirações expressas em tantas outras reformas de caráter político e social, seja na área da saúde ou em outras políticas públicas.

Para finalizar o capítulo enfatizamos nosso acordo com a opinião de Amarante:

Embora o Estado tenha incorporado as diretrizes do Movimento da Reforma Psiquiátrica, cumpre assinalar uma importante singularidade: as formulações de políticas públicas, que sempre vêm 'de cima para baixo', no caso da saúde mental, fizeram o percurso inverso. Neste sentido, em que pese as importantes medidas assumidas pelo Estado brasileiro rumo a desinstitucionalização psiquiátrica proposta pelo

Movimento, é importante observar que o Estado tende a apropriar-se das mesmas, o que produz efeitos de banalização, burocratização e desqualificação do processo que, por definição, deve estar em permanente desequilíbrio, em permanente desconstrução/invenção (AMARANTE, 1997, p. 182).

Do Brasil do século XVIII, com o asilo e a segregação, o preconceito e o misticismo sendo as marcas da psiquiatria aos dias atuais com as experiências de reabilitação psicossocial que comprovam com resultados práticos que é possível construir um novo modelo, passaram-se mais de duzentos anos. Em que pese toda a evolução, todas as transformações vividas pela sociedade e pela ciência, a loucura ainda é tema polêmico, demonstrando que persistem ainda em nosso meio, resquícios de pensamentos e ações conservadores. Entretanto, aqueles que pensam e agem desta forma com relação à loucura, são minorias. As teorias e práticas têm apontado para caminhos mais abrangentes, humanos e capazes de construir e inventar novas possibilidades, apoiados em pilares como as associações de usuários e entidades organizadas para promover saúde. .

A implementação do Sistema Único de Saúde e, dentro dele, as diretrizes para a reorganização das ações em saúde mental em todo o território nacional fortaleceu o avanço da reforma psiquiátrica que, por sua vez, contribuiu para a criação de vínculos entre os usuários, trabalhadores em serviços de saúde e sociedade. É assim que os muros poderão ser transpostos, ainda que invisíveis aos olhos, para consolidar definitivamente no país e mais especificamente, no município, uma política de saúde mental pautada no respeito e na cidadania daqueles que sofrem, para além dos sinais e sintomas de suas psicopatologias, o estigma e o preconceito.

CAPÍTULO 2

O MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BRASILEIRO

2.1 O Estado e as políticas públicas de saúde

Para chegarmos à atualidade das relações entre as políticas sociais e o Estado, faz-se necessário contextualizar a formação do Estado brasileiro e, não menos importante, abordar sucintamente a história das crises e transformações vivenciadas nas relações Estado e Sociedade.

Para Bresser Pereira “*o Estado é o instrumento de ação coletiva por excelência da sociedade. É a forma através da qual a sociedade busca alcançar seus objetivos políticos fundamentais: a ordem ou estabilidade social, a liberdade, o bem estar, e a justiça social*” (BRESSER PEREIRA, 2004, p. 2).

Ainda segundo este autor:

Boas instituições e políticas econômicas, que promovam o desenvolvimento, são sinal de que temos um bom Estado. São sinais, também, que a nação e seu Estado contam provavelmente com um bom governo, ou seja, com um grupo de políticos, altos servidores públicos, e representantes informais da sociedade civil, que os dirigem com competência. O bom Estado se revela em instituições que asseguram que os objetivos políticos básicos da sociedade sejam alcançados. Revela-se também em instituições que permitam a escolha de governantes que, do ponto de vista pessoal, tenham espírito republicano e sejam competentes, e do ponto de vista democrático, sejam representativos e permanentemente responsabilizados (*accountable*) perante a própria sociedade. Revela-se, ainda, em uma organização ou aparelho estatal efetivo e eficiente dotado de capacidade e força para conduzir a ação coletiva. E revela-se, finalmente, em uma organização que saiba se defender das tentativas permanentes de captura do patrimônio público, ou, em outras palavras, que assegure que os ‘direitos republicanos’ dos cidadãos sejam respeitados. (BRESSER PEREIRA, 2004, p. 11).

No plano mais geral e normativo, em termos de regime político:

[...] o bom Estado é o estado democrático cujo sistema constitucional assegura o império da lei. Estado democrático que começa liberal, afirmando os direitos civis (liberdade e propriedade) e políticos (votar e ser votado). Torna-se em seguida social-democrático, quando também os direitos sociais começam a ser atendidos. E será republicano e participativo quando os direitos republicanos estiverem sendo razoavelmente bem protegidos, não apenas pelos políticos e

altos servidores públicos, mas também por cidadãos republicanos capazes de participar do processo político através da mídia e das organizações da sociedade civil (BRESSER PEREIRA, 2004, p.11).

Assim, o Estado brasileiro parece não ter saído ainda do estágio liberal, pois a participação organizada dos cidadãos ainda não se legitimou ou se consolidou do ponto de vista de ser efetivamente um processo político e participativo nos moldes de uma república.

Como ponto de partida para a abordagem da formação do Estado brasileiro, retomamos um pouco da história a partir da década de 1930, com o surgimento do Estado Desenvolvimentista. Embora saibamos que a formação do Estado brasileiro remonta os primórdios da história de seu descobrimento, passando pelo Estado Imperial, o Estado Oligárquico-republicano, o Estado Desenvolvimentista até os dias atuais, pensamos ser mais produtivo discorrer sobre estes momentos a partir dos anos 30. Este período histórico guarda estreita relação com o conjunto de políticas sociais cujo eixo central está na previdência social, (e, portanto, diretamente associado à política social que queremos estudar) e que apresenta algumas características importantes: a extensão dos direitos de proteção social marcada pela “cidadania regulada” e a lógica da articulação da política de seguro social comandada pela necessidade de investimento do Estado em setores básicos da economia, que dessem sustentação ao processo de industrialização da época. A forma como as ações se sucederam têm reflexo ainda hoje no sistema e na política pública do setor saúde.

O ano de 1930 foi um divisor de águas na história do país. A partir desta data acontecem mudanças sociais e políticas como a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, seguida de ampla legislação trabalhista e previdenciária, completada em 1943 com a Consolidação das Leis do Trabalho (CARVALHO, 2001).

O desenvolvimento industrial desta época consiste na aplicação de medidas destinadas a propiciar a diversificação e a expansão do setor. Neste contexto é que se colocam a revolução de 1930, o Estado Novo instituído em 1937, o getulismo e suas variantes, a democracia populista, etc. Em linhas gerais, esse estágio situa-se entre 1930 e 1964. É a época da implantação do

modelo de “substituição de importações” e o Estado se torna o centro nacional mais importante das decisões sobre a política econômica. Tanto é assim, que o poder público não só formula e orienta a política econômica, como também passa a executar alguns dos pontos dos programas de desenvolvimento. A criação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE), em 1952, do Petróleo Brasileiro Sociedade Anônima (PETROBRAS), em 1953 e a Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), em 1959, simbolizam as direções em que se lança o poder público, na dinamização da economia nacional (IANNI, 1994).

Já os direitos políticos tiveram evolução mais complexa. “*O país entrou em fase de instabilidade, alternando-se ditaduras e regimes democráticos*” (CARVALHO 2001, p. 87).

Em 1937 Getúlio Vargas, apoiado pelos militares, dá início a um período ditatorial que assim se manteve pelos próximos oito anos. Em 1945, nova intervenção militar derrubou o governo Vargas e deu início à primeira experiência que se poderia chamar com alguma propriedade de democrática em toda a história do país. Este foi o período conhecido como populista fenômeno que também atingiu outros países da América Latina. O voto popular adquire importância pela crescente dimensão que toma no país. A experiência terminou em 1964, quando os militares intervieram mais uma vez, implantando nova ditadura. (CARVALHO, 2001).

O regime ditatorial promoveu a organização sindical, mas o fez dentro de um arcabouço corporativo, em estreita vinculação com o Estado. Os movimentos sociais independentes avançaram lentamente a partir de 1945. Houve progresso na formação de uma identidade nacional, na medida em que surgiram momentos de real participação popular. Foi o caso do próprio movimento de 1930 e das campanhas nacionalistas da década de 1950, sobretudo a da defesa do monopólio estatal do petróleo. O nacionalismo, incentivado pelo Estado Novo, foi o principal instrumento de promoção de uma solidariedade nacional, acima das lealdades estaduais. (CARVALHO 2001).

O reformismo atingiu também a área da saúde. A partir do saneamento do Rio de Janeiro, implementado no início do século por Oswaldo Cruz, outros sanitaristas “*descobriram um Brasil de miséria e doença a pedir a atenção do governo*” (CARVALHO, 2001, p. 93). Os médicos envolveram-se em uma

campanha nacional a favor do saneamento do país considerando-o uma condição fundamental para a construção de uma nação viável.

Se o avanço dos direitos políticos após o movimento de 1930 foi limitado e sujeito a sérios recuos, o mesmo não se deu com os direitos sociais. O período de 1930 – 1945 foi o grande momento da legislação social. Mas foi uma legislação introduzida em ambiente de baixa ou nula participação política e de precária vigência dos direitos civis. *“Este pecado de origem e a maneira como foram distribuídos os benefícios sociais tornaram duvidosa sua definição como democrática e comprometeram em parte sua contribuição para o desenvolvimento de uma cidadania ativa”* (CARVALHO, 2001, p. 110).

Na área da previdência, grandes avanços se deram a partir de 1933 com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) de diversas categorias profissionais, dando início a um processo de transformação e ampliação das Caixas de Aposentadorias e Pensões dos anos 20. Baseados em categorias profissionais (marítimos, bancários, industriários, transportes e cargas), estes institutos ficavam agora sob a responsabilidade do governo. Os recursos dos IAPs provinham do governo, dos empresários e dos empregados. Desta forma a cobertura por assistência previdenciária avançou significativamente nesta época. O IAPI (dos empregados da indústria), por exemplo, era o maior de todos os institutos, contando, em 1938, com mais de um milhão de inscritos e seus técnicos, considerados competentes desempenharam importantes influências na política previdenciária. (CARVALHO, 2001). Além disso, ele introduz o sistema de mérito verificado por meio de concursos públicos. Isso, *“obedece a uma lógica eminentemente econômica, que se sobrepõe à sua dimensão de política social, seja como conquista dos trabalhadores a esses direitos seja como política compensatória das desigualdades sociais.* (COHN, 1997, p. 230)

Ao lado do grande avanço que a legislação significava, havia também os aspectos negativos. O sistema excluía categorias importantes de trabalhadores. No meio urbano, ficavam de fora os trabalhadores autônomos e todos os trabalhadores (na grande maioria, trabalhadoras) domésticos. Não eram beneficiados também os trabalhadores rurais que, na época, ainda eram a maioria. *“Tratava-se, portanto, de uma concepção da política social como privilégio e não como direito”* (CARVALHO, 2001, p. 114). Desta forma, os

benefícios atingiam aqueles a quem o governo decidia favorecer, em especial aqueles que se identificavam com a estrutura sindical corporativa montada pelo Estado.

A Constituição de 1946 manteve as conquistas sociais do período anterior e garantiu os tradicionais direitos civis e políticos. As liberdades de imprensa e de organização política mantiveram-se até o ano de 1964. Tentativas de golpes militares não lograram êxito e as eleições gerais para presidente da República, senadores, deputados federais, governadores, deputados estaduais, prefeitos e vereadores aconteceram no país neste período (CARVALHO, 2001).

A influência de Vargas marcou todo o período. Depois de ser deposto, elegeu-se senador e manteve postura discreta preparando sua volta, em 1950 pelo voto popular. Seu segundo governo, de acordo com este autor, foi marcado pela radicalização populista e nacionalista e contava com o apoio dos trabalhadores e sua máquina sindical, de setores nacionalistas das forças armadas, de setores nacionalistas do empresariado e da intelectualidade. A luta pelo monopólio do petróleo durou até 1953 chegando às ruas e a Petrobrás tornando-se o símbolo do nacionalismo e do antiimperialismo. (CARVALHO, 2001).

Um reajuste de 100% no salário mínimo, anunciado por Vargas em Primeiro de Maio de 1954, num discurso emocional em que dizia aos trabalhadores que eles *“naquele momento estavam com o governo, mas que no futuro seriam o governo”*¹⁵, dão início às conspirações para derrubar o presidente, envolvendo civis e militares. Os chefes das Forças Armadas exigiram a renúncia de Vargas, e ele, já sem energia e a astúcia que lhe haviam caracterizado as fases anteriores, desistiu de lutar suicidando-se em 24 de agosto de 1954, deixando uma carta-testamento de forte conteúdo nacionalista e populista. (CARVALHO, 2001).

Com a morte de Getúlio Vargas golpes e contragolpes se sucedem na tentativa de impedir a posse do novo presidente. Apesar da oposição civil e de revoltas militares, a habilidade de Juscelino Kubitschek permitiu-lhe dirigir o governo mais democrático e dinâmico da história republicana, iniciado em

¹⁵ Grifo nosso.

1955. Sem recorrer a medidas de exceção, à censura da imprensa, a qualquer meio legal ou ilegal de restrição da participação, JK desenvolveu vasto programa de industrialização, além de planejar e executar a transferência da capital federal do Rio de Janeiro para Brasília, a milhares de quilômetros de distância. Foi a época áurea do desenvolvimento, que não excluía a cooperação do capital estrangeiro, investindo pesadamente em obras de infraestrutura. Ao mesmo tempo, tentou atrair o capital privado, nacional e estrangeiro, para promover a industrialização do país (CARVALHO, 2001).

Especificamente na área da saúde, neste período estabelece-se uma cisão entre Saúde Pública e Assistência Médica Individual. A Saúde Pública, responsável pelas ações de caráter coletivo, fica na dependência da parcela do orçamento fiscal destinada ao Ministério e que tem um comportamento acentuadamente descendente a partir da segunda metade da década de 1950. Já a Assistência Médica Individual, fica essencialmente sob a égide do sistema de proteção social, cobrindo somente a parcela da população que a ele tem acesso, sendo que os serviços ofertados são produzidos fundamentalmente pelo setor privado da saúde e comprados pelo Estado com recursos provenientes da previdência social. Cristaliza-se, dessa forma, *“a constituição de um setor privado da saúde que passa a ter seu mercado garantido pelo Estado por meio da política de seguro social”*. (COHN, 1997 p.230).

Assim, o Estado acaba por se transformar no maior comprador de serviços de saúde privados credenciados que são prestados às classes assalariadas, fundamentalmente urbanas, garantindo-lhes um mercado cativo que não exige dos produtores privados de serviços de assistência médica a obediência às regras de eficiência e competitividade clássicas do mercado. Além disso, o Estado regula a extensão desses direitos sociais sem praticamente onerar os recursos fiscais na medida em que a principal fonte de recursos para o seguro social provém de um percentual sobre a massa salarial, sendo que os empregadores repassam para o preço final dos produtos as despesas com os encargos sociais, enquanto *“o Estado se caracteriza por ser um contumaz devedor e os assalariados são descontados diretamente do seu salário”* (COHN, 1997, p.230,).

O sucessor de JK, Jânio Quadros, foi eleito em 1960. Era pessoa imprevisível, que fizera carreira política meteórica e tinha grande capacidade

de mobilizar apoio popular, sobretudo das classes médias. O curioso nesta situação, por conta de uma legislação defeituosa, foi o fato de o país ter ficado com um presidente e um vice-presidente eleitos por forças políticas antagônicas (CARVALHO, 2001).

O governo de Jânio Quadros foi curto, como explica este mesmo autor. Tomou posse em janeiro de 1961 e renunciou em agosto do mesmo ano, alegando impossibilidade de governar. Nunca esclareceu satisfatoriamente as razões da renúncia. Os ministros militares declararam não aceitar a posse do vice-presidente, João Goulart, instalando-se uma crise política.

Por dez dias, o Brasil se viu à beira de uma guerra civil. A solução encontrada pelo Congresso foi adotar um sistema parlamentarista em substituição ao presidencialismo. Com isso, mantinha-se a sucessão dentro da lei e, ao mesmo tempo, retirava-se do presidente grande parte do poder. Mas foi solução de emergência. A partir do plebiscito, a luta política caminhou rapidamente para radicalização sem precedentes. *“Os conflitos reduziram-se cada vez mais à oposição esquerdo-direita, sem deixar espaço para negociação”* (CARVALHO, 2001, p. 135).

A direita civil e militar começou a organizar-se para o confronto. Surgiram organizações financiadas por empresários nacionais e estrangeiros, organismos que financiavam políticos da oposição e organizações sindicais e estudantis contrárias ao governo. Estas organizações uniram-se a outras mais antigas, como as associações comerciais e industriais, associações de proprietários rurais, parte da hierarquia da Igreja Católica e da Escola Superior de Guerra. Segundo o autor, *“o bordão do anticomunismo foi usado intensamente. Planos para depor o presidente começaram a ser traçados, contando com a simpatia do governo norte-americano”* (CARVALHO, 2001, p. 136).

A esquerda, por sua vez também mobilizou-se, apesar de sua unidade ser mais frágil. O esquema sindical do Estado Novo rendeu nesse momento seus melhores frutos políticos. As cúpulas sindicais e dos IAPs tinham passado para o comando de líderes mais autênticos, alguns deles do Partido Comunista. Diversas organizações de trabalhadores, estudantes, partidos políticos se articulam e se unem à Igreja Católica que começara a abandonar sua posição política reacionária e investia no movimento estudantil, no

movimento operário e camponês. No entanto, a mobilização que inova em termos de participação vem do campo que vê, pela primeira vez na história (excetuando-se as revoltas camponesas do século XIX), os trabalhadores rurais, posseiros e pequenos proprietários entrarem na política com voz própria (CARVALHO, 2001).

A mobilização política se fazia em torno das chamadas “reformas de base”, termo geral utilizado para indicar reformas na estrutura agrária, fiscal, bancária e educacional. Havia ainda demandas de reformas estritamente políticas, como o voto para os analfabetos e para a legalização do Partido Comunista.

O presidente achava-se imprensado entre os conspiradores da direita, que o queriam derrubar, e os setores radicais da esquerda, que o empurravam na direção de medidas cada vez mais ousadas. *Incapaz de determinar o curso próprio da ação cedeu afinal à esquerda e concordou em realizar grandes comícios populares como meio de pressionar o Congresso para a aprovação das “reformas de base”* (CARVALHO, 2001, p. 141).

Entre decretos presidenciais, plebiscitos pró e contra as reformas, revoltas de militares de baixa patente e a continuidade das conspirações para a queda de João Goulart, acontecia, em 31 de março de 1964 a revolta dos conspiradores. O destino de Goulart foi selado quando não aceitou as sugestões do comandante de São Paulo, em repudiar o Comando Geral dos Trabalhadores (CGT) e o comunismo. O presidente não quis continuar a luta, exilando-se no Uruguai. Assumia, então, a presidência, o presidente da Câmara dos Deputados.

A natureza da cúpula sindical, no auge da crise pode ser assim resumida:

Os confiantes dirigentes sindicais convocaram uma greve geral para o dia 31 de março, em oposição ao golpe. Seu apelo não foi ouvido. As grandes massas em nome das quais falavam os líderes não apareceram para defender o governo. As que apareceram foram as da classe média, no dia 2 de abril, para celebrar a queda do presidente. A grande mobilização política por que passara o país acabava em verdadeiro anticlímax. Apesar do grande barulho feito, via-se que o movimento popular era um castelo de cartas (CARVALHO, 2001 p.144).

O período de 1964 a 1975 fica marcado pelo *desenvolvimentismo sem democracia*, quando então, se inicia o processo de transição democrática. Em

termos econômicos, o modelo de acumulação, crescentemente excludente, fundamenta-se nos investimentos no setor de bens de capital, com forte presença do capital financeiro e crescentes empréstimos internacionais. À concentração de renda associam-se a concentração de capital e uma pauta de exportações baseada em produtos agrícolas e intermediários, manufaturados e minérios. O regime autoritário dá sustentação ao milagre brasileiro de 1968 a 1975 e à inserção da economia no mercado mundial. (COHN, 1997).

No que tange às políticas sociais, mantém-se o caráter centralizado na esfera federal, ocorrendo uma expansão dos benefícios sociais a setores informais, sendo assegurada, por exemplo, aposentadoria aos trabalhadores rurais e aos idosos com mais de 70 anos independentemente do seu vínculo com o sistema de proteção social, e aos profissionais liberais que quisessem se vincular ao sistema, dentre outros setores. (COHN, 1997). No entanto, essa expansão dos benefícios não é acompanhada da ampliação da base de financiamento do sistema, que continua sendo fundamentalmente contributiva. É, para a autora, *“um traço característico da América Latina, e o Brasil não foge à regra, de a expansão de benefícios sociais ocorrer em períodos autoritários”* (COHN, 1997, p.231).

Com relação aos governos do regime militar, estes podem ser divididos em três fases. A primeira inicia em 1964 a 1968 sob o comando do General Castelo Branco e o primeiro ano de governo do general Costa e Silva. Caracteriza-se, no início, por intensa atividade repressiva seguida de sinais de abrandamento. Na economia, foi um período de combate à inflação, de forte queda no salário mínimo e de pequeno crescimento. Sob o domínio de setores mais liberais das forças armadas, representadas pelo general Castelo Branco, em 1968, a economia retomou os altos índices de crescimento da década de 1950.

A segunda fase vai de 1968 a 1974 e compreende os anos mais sombrios da história do país, do ponto de vista dos direitos civis e políticos. Foi o domínio dos militares mais truculentos, reunidos em torno do general Garrastazu Médici, escolhido presidente após o impedimento de Costa e Silva por motivo de doença. O período combinou a repressão política mais violenta já vista no país com índices também jamais vistos de crescimento econômico. Em

contraste com as taxas de crescimento econômico, o salário mínimo continuava em queda.

A terceira fase começa em 1974 com a posse do general Ernesto Geisel e termina em 1985 com a eleição indireta de Tancredo Neves pelo Colégio Eleitoral. Caracteriza-se inicialmente pela tentativa do general Geisel de liberalizar o sistema, contra a forte oposição dos órgãos de repressão. A liberalização continua sob o comando do general Figueiredo (1979 – 1985). As leis de repressão vão sendo aos poucos revogadas e a oposição faz sentir sua voz com força crescente. Na economia, a crise do petróleo de 1973 reduz os índices de crescimento, que no início dos anos 80 chegam a ser negativos (CARVALHO, 2001).

À militância política pela conquista da saúde como um direito e um dever do Estado associa-se um *“saber militante” que caracteriza a produção da Medicina Social brasileira no período e que fundamenta as práticas políticas de então*” (COHN, 1997, p. 233).

O sentido do *“milagre” econômico foi posteriormente desmistificado por análises de especialistas que mostraram seus pontos negativos*”. (CARVALHO, 2001, p. 168). Houve, segundo o autor, um crescimento rápido, mas ele beneficiou de maneira muito desigual os vários setores da população. A consequência foi que, ao final, as desigualdades tinham crescido ao invés de diminuir.

O aumento da desigualdade não era evidente na época. A velocidade no crescimento da economia veio acompanhada de grandes transformações na demografia e na composição da oferta de empregos. Acontece, neste período, grande deslocamento da população do campo para as cidades. Em 1960 a população urbana era 44,7% do total, o país ainda era majoritariamente rural. Em 1980 (apenas 20 anos depois), ela havia saltado para 67,6%. Assim, prossegue o autor, *“os efeitos catastróficos desse crescimento para a vida das grandes cidades, só se fariam sentir anos mais tarde”* (CARVALHO, 2001, p. 169).

Em 1974 inicia o processo de abertura quando o general presidente diminui as restrições à propaganda eleitoral e deu um grande passo em 1978, com a revogação do AI-5, o fim da censura prévia e a volta dos primeiros exilados políticos.

Na segunda metade da década de 1970 acompanhando o início da abertura do governo Geisel acontece no país uma expansão dos movimentos sociais (CARVALHO, 2001). O rápido crescimento da população urbana traz como consequência grande deterioração nas condições de vida e os serviços não conseguiam expandir na mesma proporção. A esses movimentos, uniram-se associações de profissionais de classe média como professores, médicos, engenheiros, advogados e funcionários públicos. Formavam-se, assim, canais de atuação coletiva. Como as categorias profissionais não podiam se sindicalizar, a exemplo dos servidores públicos, as associações juntamente com os sindicatos, tornavam-se focos de mobilização profissional e política. À medida que os efeitos do “milagre econômico” se fragilizavam, as greves nos setores médios se tornavam mais freqüentes que as greves operárias, dando à situação do país uma conotação diferente e sinalizando as possibilidades de mudanças nas políticas sociais.

Na área da saúde, o apogeu do processo de privatização no setor ocorre também na década de 1970, quando, *“se assiste ao fenômeno do crescimento acelerado dos gastos com assistência médica no interior do orçamento da previdência social”* (COHN, 1997 p. 232). No final dessa década, informa a autora, esse sistema estatal de proteção social passa a ser o segundo orçamento do país, sendo que um terço de sua receita é gasta com assistência médica. No final dessa mesma década, o sistema de proteção social entra em crise: o fim do “milagre econômico”, a pressão das dívidas externa e pública, as exigências do Fundo Monetário Internacional, a recessão econômica e a pressão inflacionária, associada aos altos custos da assistência médica previdenciária, provocam o colapso do sistema de proteção social.

A partir de meados da década de 1970, *“tem início o processo de transição democrática no Brasil, com a mobilização da sociedade civil combatendo um Estado que a ameaça”* (COHN, 1997, p.232). No centro desse processo pela democratização política surge um movimento de mobilização pela conquista da saúde como um direito universal dos cidadãos e um dever do Estado. Na base desse movimento estão principalmente professores universitários, estudantes de medicina, profissionais da saúde, sindicalistas e movimentos populares por saúde, além de outros setores organizados da sociedade.

Esse movimento, calcado na experiência italiana e sob a liderança não pública do Partido Comunista Brasileiro, congrega os setores de esquerda e os setores progressistas da área da saúde na formulação de propostas para a sua reorganização institucional no país e na produção de conhecimento que desse suporte a elas (COHN, 1997).

O ideário da Reforma Sanitária consiste na proposta de um sistema de saúde único, fundamentalmente estatal, sendo o setor privado complementar àquele, sob controle público e descentralizado. O que estava em questão, *“era a questão da universalidade da atenção à saúde, superando-se a dicotomia entre assistência médica individual e as ações coletivas de saúde”*. (COHN, 1997, p. 233). Assim, a estratégia escolhida para a conquista da saúde como um direito consistia na descentralização do sistema. E, como já é bastante sabido, o tema da descentralização floresce nas conjunturas de transição e consolidação democráticas, mas, hiberna nos períodos de regimes autoritários e ditatoriais. Uma vez que se pretenda com a descentralização, a criação de novos espaços institucionais, devendo, assim, abrir-se mão da concentração do poder, ou melhor, compartilhá-lo com as instâncias organizadas da sociedade, ampliando o espectro social e as oportunidades de acesso, explica-se porque essa metodologia não é simpática aos regimes autoritários (COHN, 1997).

Na década de 1980, o Brasil experimentou oito planos de estabilização econômica, quatro diferentes moedas, onze índices distintos para cálculo de inflação, cinco congelamentos de preços e salários, quatorze políticas salariais, dezoito mudanças nas regras de câmbio, cinquenta e quatro mudanças nas regras de controle de preços, vinte e uma propostas de negociação da dívida externa e dezenove decretos governamentais de austeridade fiscal. No entanto, para a autora, nenhuma dessas medidas resultou numa efetiva política de ajuste estrutural da economia nem em um programa de estabilização. Apesar disso, a economia brasileira sofreu profundas mudanças provocadas especialmente pelo processo de globalização, marcado pelo novo paradigma tecnológico de produção (COHN, 1997).

Ainda assim, o Brasil se ressentia da ausência de uma política industrial, apesar dos inegáveis avanços nessa área, incluindo, aqui, a inserção brasileira no mercado internacional com a diversificação de exportações,

mantendo a estrutura industrial e de investimentos iniciada na década de 1950. Ou seja, nem a política industrial nem a política de estabilização econômica lograram êxito e, em conseqüência, o país entra na década de 1990 com o custo social de um processo de ajuste econômico de corte neoliberal sem ter havido o ajuste, convivendo com altíssimas taxas de inflação até meados de 1994, e com iniciativas de privatização no enfrentamento do déficit público que não se traduzem numa política neoliberal. Assim, *“as políticas econômicas implantadas no país no decorrer da década de 80 e no início desta traduzem um processo – e não uma política – de ajuste que implicou na liberalização da economia, numa certa privatização do patrimônio estatal e de varias de suas responsabilidades, sem, no entanto substituir o Estado pelo Mercado”* (COHN, 1997, p.236).

Os setores privados da economia e da produção de bens de consumo coletivo seguem sob a proteção e subsídio estatais. Desta forma, a contrapartida do capitalismo selvagem traduz-se numa privatização selvagem. Mas paradoxalmente, volta à cena o Estado como ator central nesse processo, assumindo o caráter distributivo e regulador das políticas sociais, numa nova articulação entre Estado e Mercado (COHN, 1997).

Com relação à modernização social, no geral ela é concebida como um epifenômeno¹⁶ do desenvolvimento econômico, não demandando investimentos estatais de monta, restringindo-se a responsabilidade do Estado a políticas sociais necessárias à formação e manutenção da força de trabalho qualificada. A centralidade do Estado no processo de mudança estrutural como agente regulador do mercado e como agente investidor em setores básicos da economia, fica assim evidenciado.

Ainda com relação às políticas de previdência e de saúde neste período, *“elas se configuram como políticas fundamentalmente econômicas, mas com função de regulação social, sobretudo das classes assalariadas”* (COHN, 1997, p. 237). Como resultado, temos um conjunto de políticas de baixa eficiência no que diz respeito a seus objetivos originais: o atendimento dos setores assalariados e daqueles de mais baixa renda.

¹⁶ Epifenômeno - Fenômeno que fatalmente vem juntar-se a outro, mas que não exerce sobre ele influência alguma.

Na segunda metade dos anos 1980 e durante os anos 1990, assiste-se ao embate de duas correntes sobre o Estado:

[...] a concepção neoliberal que advoga o Estado mínimo e o mercado como o principal agente regulador da ordem econômica – e em decorrência também na ordem social – e de outro lado, a concepção da necessidade da presença de um Estado democrático forte, demandada pelo próprio ajuste estrutural e pelas enormes desigualdades sociais das realidades latino-americanas (COHN, 1997, p. 238).

Retoma-se, assim, à centralidade do Estado: a ele cabe agora, não só do ponto de vista econômico visar o aumento da competitividade global da economia, o que significa adaptar-se ao novo paradigma industrial e tecnológico, mas também do ponto de vista social implementar políticas públicas que incorporem no âmbito da cidadania a pobreza estrutural, à qual agora se associa a “nova pobreza”, proveniente do novo padrão excludente de acumulação.

Esta autora defende, assim, *“um deslocamento da discussão da relação Estado-Mercado (mais Estado e menos Mercado, ou vice-versa), para a necessidade de reconstrução do próprio Estado, de um Estado democrático que incorpore cidadãos”* (COHN, 1997, p. 239). Do ponto de vista teórico implica em reassumir a dupla dimensão das políticas sociais: seu caráter distributivo e regulador. A nova articulação entre a lógica da acumulação e as políticas sociais, exige, portanto, por se tratar da articulação entre desenvolvimento e democracia, não reduzir a intervenção estatal como compensatória da tendência dessas sociedades à desintegração social, mas *“buscar sua articulação no interior desse novo padrão de acumulação, redefinindo radicalmente a relação Estado-Sociedade”* (COHN, 1997, p. 239).

Em 1988, acontece o mais significativo avanço das últimas décadas no Brasil, se não de forma integral, ao menos parcial e com “garantias” de direitos, cidadania, igualdade e justiça social: a Constituição Cidadã.

Entre os anos de 1987 e 1992, as forças conservadoras da “contra-reforma” provocam o enfraquecimento das estratégias da reforma, que se traduzem em ações clientelistas e assistencialistas e ainda, desestabilizando as estruturas orçamentária e burocrática da área social. (FAGNANI, 1997).

Vale observar que desde o surgimento do Welfare State no Brasil da década de 1930, a cultura e a política assistencialista e clientelista jamais

deixaram de permear as relações entre o Estado e a Sociedade. Elas exercem forte pressão e influência na definição e concretização das políticas sociais, trazendo, no mais das vezes, além de intensificação das desigualdades e injustiça social, o privilégio de poucos em detrimento da maioria, o descrédito da população com relação às responsabilidades do Estado e toda uma gama de conseqüências de alcance nacional e internacional.

Entre 1990 e 1992 ocorrem importantes transformações nas ações do Estado frente às questões das políticas sociais. Com a promulgação da Constituição de 1988, iniciam-se os processos de descentralização das responsabilidades do governo federal trazendo consigo conseqüências como o esvaziamento de determinadas políticas sociais e superposições de ações em outros setores.

Até meados de 1990, o governo central investia de forma privilegiada em ações de caráter assistencial, beneficiando assim, o fisiologismo e o clientelismo. Vivia-se a época dos programas, instituídos de cima para baixo, desconsiderando as realidades locais, elaborados por tecnocratas das políticas públicas e executados de forma descentralizada. Com esta metodologia, o risco de não efetivação das políticas e repetição ou superposição das mesmas gerou ineficiência e ineficácia, agravadas ainda pelo corte nos repasses de recursos financeiros, justificados pela descentralização do gerenciamento destas políticas. *“O governo federal subitamente ‘lavou as mãos’ quanto a sua responsabilidade em uma série de programas que vinha gerindo centralizadamente há mais de três décadas”* (FAGNANI, 1997, p. 223).

A partir de 1993 surgem inovações nas políticas sociais brasileiras com a descentralização e a articulação de fato entre os diversos programas e a parceria entre governo e movimentos sociais que permitem a redução das práticas clientelistas, distanciamento das políticas assistenciais e continuidade dos programas.

Do ponto de vista do cumprimento de metas, descentralização e maior autonomia decisória efetivamente parecem ter andado juntas, na experiência recente do país, seja por ampliação de poderes de prefeitos e diretores de serviços sociais, seja por ampliação dos canais de participação social, através dos Conselhos Municipais e associações de pais nas unidades escolares. Coerentemente a tais efeitos, registrou-se maior satisfação de usuários e gestores. Mesmo quando sejam notoriamente insuficientes, por qualquer medida que as

meçam, as maiores autonomia e participação registradas significam efetivas inflexões, no país, das suas fortes tradições de centralismo autoritário e burocrático, de difícil remoção, como se sabe (DRAIBE, 1998, p. 7).

Apesar dos avanços nas políticas sociais, comparativamente aos anos anteriores, existem algumas controvérsias entre os estudiosos com relação às características ainda de cunho assistencialista, manifestada por programas direcionados “a populações carentes”, contrariando os princípios da universalidade de direitos. Outra crítica freqüente reside na questão da incompatibilidade entre as políticas sociais e as medidas de ajuste econômico promovidas pelo governo federal.

Ao contrário dos preceitos neoliberais, portanto, o ajuste estrutural exige a presença do Estado como ator central no processo de construção da modernidade. Exige, segundo Cohn:

[...] um Estado democrático permeável às demandas e necessidades sociais, com capacidade de governo, isto é, de ordenar as relações entre a sociedade civil organizada e as instituições políticas, com capacidade técnico-administrativa e de planejamento (COHN, 1997, p.239).

Bresser Pereira (1998) defende a implantação, no Brasil de um sistema de saúde semelhante ao modelo britânico, a partir de 1996, cujas idéias básicas são descentralizar a administração e o controle de gastos com saúde. Estes gastos serão distribuídos aos municípios tomando como base suas populações. O critério de leitos por habitantes não é considerado nesta proposta. Outro tópico da proposta é criar um quase-mercado entre os hospitais e ambulatórios especializados, passando estas instituições a competir pelos recursos que seriam administrados localmente. Os hospitais seriam transformados em organizações públicas não estatais (ou organizações sociais) e, por último, a proposta sugere a criação de um sistema de entrada e triagem, formado por médicos clínicos e de família, podendo ser servidores do Estado ou por ele contratados que seriam remunerados de acordo com a quantidade de pacientes que buscassem espontaneamente seus consultórios.

Além de conservadora e corporativista, embora de caráter modernizador, a proposta deste autor reflete uma idéia de saúde como política econômica, enfatizando as medidas de economia que a mesma pode gerar

para o Estado, em detrimento dos aspectos sociais que estariam envolvidos. Ao mesmo tempo, o autor ressalta que o Ministério da Saúde é o mais difícil da área social. É diretamente responsável pela manutenção de um sistema de atendimento médico e hospitalar que a Constituição de 1988 determina ser universal e gratuito, não dispondo, no entanto de recursos orçamentários suficientes, nem de pessoal administrativo competente, nem de um modelo de administração adequado para executar a tarefa.

Assim, continua o autor, em 1996, no governo Fernando Henrique Cardoso, tem início a reforma gerencial, pautada na Norma Operacional Básica (NOB). Apresenta-se, assim, uma perspectiva concreta de implementar no Brasil um sistema de administração fundamentado na descentralização para os municípios e na competição administrada, semelhante ao que já vem acontecendo em diversos países desenvolvidos de forma bem sucedida, a partir da experiência britânica (BRESSER PEREIRA, 1998). Não desconsiderando os aspectos positivos que este modelo trouxe às políticas sociais brasileiras, não se pode desprezar o que caracteriza as medidas de cunho liberal, ou seja, uma supervalorização dos aspectos econômicos destas políticas e a reprodução de modelos que “dão certo” em países que muito pouco ou quase nada têm de semelhança com o Brasil, sejam nos aspectos econômicos, sociais ou culturais. Talvez um aspecto que se assemelhe, mas que em nada contribui para a solução das imensas desigualdades sociais que se perpetuam no país, esteja na ideologia política dos governos destes países. É preciso que se diga que tal proposta, implantada em 1996 não trouxe a solução para uma das questões cruciais que dela são a base, qual seja: o repasse financeiro para os municípios concretizarem a gestão local. Assim, no cotidiano do município, percebe-se a descentralização da responsabilidade pela gestão do sistema de saúde sem que o repasse financeiro guardasse a mesma proporção.

Com pontos positivos e negativos marcantes no cenário das políticas sociais, em especial, na política de saúde, esta lógica de financiamento do setor deve ser invertida.

Reverter a lógica econômica significa reformular radicalmente a base de financiamento do sistema de seguridade social existente. Cerca de 80% dos recursos da seguridade social, hoje, provém da contribuição compulsória, o que revela que o conjunto da receita continua

assentado na contribuição do empregado e do empregador, dependendo a saúde dessa mesma fonte. (COHN, 1997, p. 240).

Desta forma, *“torna-se necessário, também, que se reverta a lógica de financiamento da produção dos serviços privados de saúde prestados à população”*. (COHN, 1997, p. 241). Sabidamente, o setor privado da saúde no Brasil vem sendo financiado com recursos da seguridade social, mobilizando essa atividade privada cerca de 1,5% do PIB. Esse financiamento ocorre mediante a compra de serviços privados com recursos oriundos da receita previdenciária.

É, sobretudo necessário, *“que se reverta a lógica de financiamento na relação do setor público com ele próprio”* (COHN, 1997, p. 241). Na base da discussão está o mecanismo de repasse de recursos entre os governos federal, estaduais e municipais. Em que pese o fato de uma das conquistas fundamentais do movimento da reforma sanitária ter sido a descentralização da saúde, transferindo para o nível municipal responsabilidade pela atenção à saúde de sua população, a estratégia política de sua implementação, configurou-se numa relação entre as esferas de governo caracterizado pelo pagamento por serviços prestados. Como consequência, percebe-se, com frequência, a transferência de encargos sem a necessária transferência de autonomia para a formulação e gestão da política de saúde em nível local. Além disso, mantém-se uma estreita dependência do nível federal em termos de financiamento:

[...] como o próprio setor público de saúde, já depauperado pela histórica e crônica falta de financiamento depende do orçamento fiscal, passa a atuar também ele pela lógica da produtividade e da rentabilidade vinculada à assistência médica individual (COHN, 1997, p.242).

Esta é, resumidamente, a proposta implantada no Brasil, em 1996, com caráter fortemente marcado pelas idéias conservadoras, neoliberais e centradas, ainda, às portas do século XXI, na assistência médica individual, em detrimento da multi ou interdisciplinaridade nas ações de saúde.

Mas, ainda citando Cohn:

Se um dos principais obstáculos ao processo de descentralização como fator favorável à democratização política e social vem sendo sua forma de financiamento dados os critérios de repasse dos recursos para os níveis locais, não resta dúvida de que o nível

local favorece a construção da democracia e o aprendizado do exercício da cidadania, na medida em que aproxima governo e sociedade (COHN, 1997, p. 243).

É na prática, no cotidiano do nível local que estas transformações se dão e podem ser percebidas.

Finalizando, acrescentamos que se do ponto de vista da esfera federal a descentralização, no momento em que ela foi implantada, teve um sentido de racionalizar os gastos com assistência à saúde, dada a crise econômica que assolava o país, do ponto de vista do poder local, as incontáveis experiências vivenciadas a partir da deflagração do processo de descentralização, estimulou e possibilitou o surgimento de um novo espaço para a construção de identidades e sujeitos sociais, buscando seus direitos. Criam-se, assim, as possibilidades concretas para o exercício do poder, do controle social e da cidadania, preceitos nascidos a partir do Movimento da Reforma Sanitária e tantos outros movimentos sociais.

2.2 Reforma sanitária, democratização e controle social em saúde

Como nossa intenção de pesquisa relaciona-se de maneira geral a gestão democrática e participativa de uma política de saúde, pensamos ser importante antes apresentar uma breve contextualização sobre participação e poder, estabelecendo, a partir de então, uma reflexão sobre a possibilidade de a experiência de Blumenau ser considerada como uma gestão democrática na implantação e implementação da Política Municipal de Saúde Mental.

Uma das características fundamentais do processo de Reforma Sanitária brasileira é a participação da sociedade civil. *“Como princípio motor das propostas do movimento sanitário e como parâmetro de organização do Sistema Único de Saúde, o controle social é tão intrínseco à Reforma Sanitária brasileira que um não existiria sem o outro”* (ESCOREL, 2004, p. 1)

O processo de reestruturação do setor saúde no país, que deu origem ao Movimento da Reforma Sanitária e que igualmente institucionalizou a participação da sociedade nos processos decisórios em saúde, iniciou-se, como já citamos anteriormente, na década de 1970, com a intenção de oposição ao regime autoritário e em busca da democratização política no

Brasil. Neste momento histórico e decisivo do país, o regime militar começa a perder sua legitimidade, atingindo a sociedade como um todo e não apenas setores previamente organizados (partidos políticos, movimentos sindicais e mesmo o movimento médico fortemente estruturado àquela época).

Em 1974 após o “milagre econômico” e a instalação da crise do regime militar, retoma-se as ações de políticas públicas que buscam uma maior efetividade e lançam um olhar diferenciado e preocupado sobre as questões sociais. É neste contexto que o movimento social em saúde adquire relevância, principalmente nas grandes capitais.

Segundo Gerschman citada em Wendhausen (2002) os movimentos populares em saúde se originaram nas periferias das grandes cidades, em seus bairros pobres ou nas favelas localizadas dentro de centros urbanos industriais e, em conjunto com outros movimentos similares, vão construir as bases da Reforma Sanitária brasileira.

As Conferências Nacionais de Saúde realizadas entre 1941 e 1979 foram, aos poucos, ampliando a abrangência dos debates e incorporando segmentos. No entanto, até esta data, eram compostas basicamente por pessoal técnico-burocrático governamental e por categorias de profissionais de saúde, não havendo ainda a participação de representantes da sociedade civil. A representação da população brasileira organizada em entidades surge pela primeira vez na VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986 e, desde então, a participação de usuários ampliou significativamente. A partir da IX Conferência Nacional de Saúde, em agosto de 1992, os delegados representantes dos usuários passaram a constituir metade dos participantes. Desde então, a distribuição numérica foi mantida, ou seja, 50% dos usuários, 25% dos profissionais de saúde e 25% dos gestores e prestadores de serviços de saúde – mas, em cada Conferência, a qualidade da representação vem sendo aprimorada o que caracteriza como definitivo o lugar ocupado pela sociedade civil nos espaços de discussão, decisão, implantação e implementação de políticas públicas de saúde no Brasil (ESCOREL, 2004).

Ainda com relação à reforma, nos anos 1980 o Movimento Sanitário congrega, em sua base, outros profissionais de saúde ao grupo já formado por atores do universo acadêmico, intelectual e político, que passam a desempenhar papel importante no processo de solidificação da reforma,

através da politização dos debates em saúde associado às parcerias nas reivindicações da sociedade por melhores condições de vida.

Durante a década de 1990, em vários países ocorreram processos de reformas do setor saúde. No entanto,

[...] a experiência brasileira foi e continua sendo única. Na contramão dos projetos de redução do papel do Estado, de focalização, de restrição das ações de saúde à uma “cesta mínima”, a Reforma Sanitária no Brasil pautou-se, desde o seu início, por princípios de universalização, integralidade da atenção à saúde, descentralização, equidade e participação da população (SCOREL, 2004, p. 1).

Desta forma podemos dizer que no Brasil a Reforma Sanitária foi um dos mais vigorosos movimentos de reforma democrática do Estado, nascida de uma mobilização social ampla, plural e suprapartidária que teve na VIII Conferência Nacional de Saúde o seu referencial maior, consolidando propostas cujo lema “Saúde é um Direito de Todos e um Dever do Estado” inscreveu definitivamente a participação da sociedade nos processos decisórios do setor saúde que viriam a ser legitimados com a Constituição Federal de 1988 e com a promulgação em 1990 das leis 8.080 e 8.142 respectivamente a Lei Orgânica da Saúde e a Lei que regulamenta a participação social na gestão da política de saúde (BRASIL, 2001a).

O fortalecimento do movimento sanitário possibilitou a visualização do objetivo de um novo modelo de saúde, universal e igualitário sob inspiração da reforma italiana que tinha em um de seus fundamentos o processo de descentralização das ações de saúde, transferindo maior autonomia e poder decisório ao nível local, ou seja, ao município.

Iniciando com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) em 1976, passando pelo Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev – Saúde) no início dos anos 1980, o Programa de Ações Integradas em Saúde (AIS) em 1984, o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) do ano de 1987 até 1988, quando a Constituição Federal aponta a vitória das forças políticas favoráveis à Reforma Sanitária, implantando o Sistema Único de Saúde (SUS), podemos identificar as mais variadas tentativas e iniciativas de operacionalizar no país o processo de descentralização das ações em saúde. Permeado por conflitos, resistências e

crises, seja no plano econômico, político ou social, a descentralização da saúde avançou.

No início da década de 1990 as propostas neoliberais avançam e com elas, a redução do papel redistributivo do Estado que exerceria forte influência na implementação do SUS (SILVA, 2001).

Do ponto de vista da reforma sanitária a municipalização da saúde tem sido analisada e não apresenta consenso. Não há divergências a respeito da importância do processo de descentralização na implementação do Sistema Único de Saúde havendo, no entanto, discordâncias quando se analisa a forma pela qual o processo está sendo conduzido. Neste processo *“há os que acham que está ocorrendo com excessiva autonomia municipal e os que, pelo contrário, consideram que os municípios ainda não têm a desejável autonomia para assumir a gestão da saúde”* (SILVA, 2001, p. 49).

Desta forma, com os mais variados argumentos de ordem político-ideológico, as diferentes posições e avaliações com relação ao processo de municipalização da saúde no Brasil, demonstram que, no campo dos aliados da reforma sanitária existem dúvidas e discordâncias acerca dos erros e acertos na implementação da descentralização do setor saúde:

[...] estas dúvidas podem, em parte, ser explicadas pelas dificuldades que o projeto da reforma sanitária tem encontrado para se viabilizar, em especial a partir da década de 1990, num contexto político em que se tornou comum e normal o descumprimento de dispositivos constitucionais (SILVA, 2001, p. 50).

Assim, passava-se a considerar a descentralização da saúde como uma redução das responsabilidades da esfera federal e não como uma das estratégias de garantia de direitos conquistados (SILVA, 2001).

Entra-se assim no novo milênio com uma pauta que em última análise, desde os anos 90, sobretudo a partir de sua segunda metade, revela-se essencialmente reativa ao processo em curso das políticas de saúde, com um perfil extremamente baixo de potencial propositivo. Já do ponto de vista da Reforma Sanitária as mudanças são significativas:

Enquanto nos anos 70, 80 e início dos 90 a estratégia política adotada consistiu 'na ocupação de postos estratégicos do aparelho de Estado' pelos quadros do movimento, e a proposta política era a de se fazer uma reforma do sistema de saúde 'por dentro do Estado', a partir dos primeiros anos da década de 90 o cenário político mudou: tratava-se

agora não mais da possibilidade de se ocupar diretamente esses postos, mas de se assumir a tarefa de assessoria ao Ministério da Saúde, ao mesmo tempo em que o eixo central de promoção das mudanças passa a ser o nível local, vale dizer, os municípios. (COHN, 2001, p.34):

Associando as colocações da autora com as experiências vivenciadas em nossa realidade local:

Retoma-se, assim, sob uma nova ótica a questão da descentralização. E nesse processo, em termos da composição político-partidário do movimento sanitário, promove-se uma nova divisão de trabalho: quando nas décadas de 70 e 80 a hegemonia do movimento sanitário era claramente do PCB, aqueles postos executivos estratégicos eram ocupados por seus quadros, cabendo aos quadros do PT fundamentalmente ocupar postos eletivos no Legislativo. A partir do final dos anos 80 evidencia-se claramente uma inversão: cargos de assessoria e posições estratégicas de segundo plano, à sombra do foco central do palco político-administrativo, são ocupados por quadros do próprio PCB, ou com origem nele, enquanto cargos do Executivo municipal passam a ser crescentemente ocupados por quadros petistas. A esse movimento corresponde uma segunda evidência: o deslocamento do eixo central do lócus privilegiado de mudanças do setor da saúde para o nível local. (COHN, 2001, p.37).

Do nosso ponto de vista, não significa que o Partido dos Trabalhadores tenha sido o idealizador e executor dos processos de descentralização. Parece-nos antes que isso se deu em função da forte presença dos atores envolvidos nos movimentos sociais, incluindo a Reforma Sanitária, virem a ocupar postos estratégicos no cenário administrativo, associado às mudanças nas configurações das gestões municipais a partir dos anos de 1990 quando muitos municípios passam a ser administrados por prefeitos do Partido dos Trabalhadores. Isto reforça a tese de que a partir dos anos de 1990 é o nível local que de fato vem demonstrando maior capacidade de inovação na gestão do SUS e, por via de consequência, favorecendo e ampliando os espaços de participação democrática, em que pese todas as dificuldades ainda fortemente presentes nas gestões dos sistemas de saúde.

A Política de Saúde Mental, enquanto política pública setorial, não esteve dissociada de todo o processo de democratização e municipalização que ocorreu ao longo dos últimos trinta anos no Brasil. Desta forma, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, ocorrido na década de 1970, que buscava a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, a defesa da saúde coletiva, a

eqüidade na oferta de serviços e o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social amplo e complexo, formado por atores, instituições e forças de diferentes matizes que abrange as esferas federal, estadual e municipal, as universidades, os mercados de trabalho em saúde, as entidades de classe, associações de usuários e familiares, os mais diversos movimentos sociais, chegando à sociedade e a opinião pública. Considerada como um conjunto de transformações de práticas, teorias e saberes, valores sociais e culturais, entende-se que sua efetivação se dá no cotidiano dos serviços e nas experiências vivenciada no dia a dia das pessoas, fortemente marcada pelos impasses gerados nas discussões em defesa dos mais variados interesses, permeados por tensões, conflitos, desafios até surgirem as conquistas e os resultados próprios dos processos históricos por que passam as políticas de saúde em nosso país.

Os debates sobre a redemocratização, as mobilizações dos movimentos sociais, em especial aqueles iniciados pelas associações de usuários e familiares e as discussões e decisões de forma sincrônica e simultânea aos demais movimentos pela (re) tomada dos espaços decisórios ganham corpo. A necessidade de também a psiquiatria democratizar suas instituições, suas práticas e de humanizar suas ações, acompanhava as tendências já bastante definidas pelos preceitos da reforma sanitária e psiquiátrica.

Ainda no campo da mobilização social, de acordo com os relatos de Valentini e Alves (2003) dois fatos importantes se destacam: a realização do II Encontro Nacional de Usuários e Familiares, em São Paulo, em dezembro de 1993 onde foi aprovada a Carta de Direitos dos Usuários do Brasil e a realização, entre 1993 e 2001 de cinco Encontros Nacionais do Movimento da Luta Antimanicomial sempre com mais de quinhentos participantes entre usuários, familiares e profissionais de saúde.

Neste contexto de direcionamento da gestão e da autonomia decisória da esfera central do governo para os municípios, estes (os municípios) passam a ter a responsabilidade na construção da rede de atenção psicossocial que

supra as necessidades da demanda de seu território. Surgem, desta forma, além de novas demandas, a necessidade de se estruturar toda a rede de saúde e social a fim de se dar conta do cumprimento das metas e diretrizes nacionalmente estabelecidas a partir de conferências, legislações e por que não dizer, dos anseios da própria sociedade brasileira.

Para que as ações em saúde mental pudessem acompanhar as tendências nacionais da municipalização, assistindo a população dentro da lógica de organização do espaço local, havia a necessidade de se consolidar uma efetiva e contínua política de saúde mental que, até o início da década de 1990 não existia de forma sistematizada.

Como o objetivo de nosso estudo é focalizar o aspecto da participação democrática na gestão da política de saúde mental, nos restringiremos a abordar alguns aspectos que entendemos como fundamentais nos processos de descentralização para corroborar nossa pesquisa.

2.2.1 Planejamento e participação na gestão da política de saúde

O processo de descentralização no Brasil, até recentemente, adotou a estratégia de fortalecimento do poder local a partir da municipalização das políticas sociais, sendo que só recentemente foi introduzida a perspectiva de aumento da autonomia na gestão das unidades prestadoras de serviços.

Conceitualmente, *“a gestão participativa preconizada pela municipalização da saúde diz respeito à incorporação de atores locais ao processo decisório das políticas de saúde”* (SILVA, 2002, p. 129) Ainda para este autor a institucionalização dos conselhos municipais e locais de saúde é a principal estratégia operacional utilizada para promover a participação na gestão e, nós acrescentaríamos a esta visão a institucionalização das Conferências de Saúde em seus diversos níveis, em especial no nível do município aonde a participação da sociedade vem se consolidando e, mais que isso, influenciando decisivamente nas propostas para as políticas de saúde. Estes canais permitiram, segundo a estratégia da Reforma Sanitária, *“que grupos locais, tais como prestadores de serviços, usuários, associações de doentes, entre outros, pressionassem para influenciar na decisão das políticas locais”*. (SILVA, 2002, p. 129 - 130)

O planejamento participativo em saúde também diz respeito, “à incorporação de novos atores ao processo decisório”. (SILVA, 2002, p. 130). No campo de planejamento em saúde também existem intenções de ampliação da participação nas decisões.

O encontro do planejamento com a política e o reconhecimento do conflito como inevitável na convivência entre indivíduos e os grupos sociais que surge com esse novo paradigma, “abrem espaços para que sistemas de decisão e de participação se aproximem” (SILVA, 2002 p. 131). Fala-se mais, no âmbito da saúde, tanto em “gestão participativa” quanto em “planejamento participativo”. Assim, “a formulação das políticas de saúde deixa de situar-se na esfera exclusiva do Estado para abrir-se também ao sistema social”. (SILVA, 2002, p. 131).

As mudanças e as propostas de inversão do modelo de atenção em saúde mental que resultaram do processo das Reformas Sanitária e Psiquiátrica no Brasil, trouxeram, como conseqüências a busca por possibilidades e alternativas para a sua efetiva implementação e consolidação enquanto política do setor saúde. É neste sentido que o planejamento estratégico contribui, sobremaneira, produzindo significativos resultados na medida em que se constitui em um instrumento portador de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a permitir a interação com a realidade local, a programação de estratégias e tudo que se faz necessário para operacionalizá-las, com o objetivo de atingir as metas nele estabelecidas.

No próximo capítulo, abordaremos de forma mais detalhada, o processo de planejamento estratégico participativo desenvolvido ao longo do ano de 2003 no município de Blumenau. Este processo, gerado a partir de necessidades e dificuldades detectadas pelo grupo de trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, contribuiu sobremaneira para a implementação das ações em saúde mental que se buscava consolidar dentro da Política Municipal de Saúde Mental, recém instituída na esfera pública municipal.

2.3 O modelo de atenção psicossocial dos anos 1990: perspectivas, possibilidades e resistências a sua implantação

Enquanto conceito, a Reforma Psiquiátrica pode ser entendida como um movimento social cujo objetivo é modificar as relações existentes entre a sociedade e a loucura, superando o paradigma clínico-psiquiátrico hegemônico em nosso meio, transferindo seu olhar focalizado nas doenças e nos sintomas e lançando-o sobre a pessoa, sua cultura, história e vida cotidiana (OLIVEIRA, 2000).

Segundo Amarante (1995), o movimento da Reforma Psiquiátrica surgiu em alguns países europeus após a Segunda Guerra Mundial, a partir de uma crítica à estrutura asilar e a cronificação dos pacientes, buscando alternativas terapêuticas através dos recursos da comunidade e utilizando a idéia de prevenção dos transtornos mentais, a fim de alcançar a promoção em saúde mental, não visando simplesmente à terapêutica, mas sua prevenção. O autor continua e defende que o movimento foi se estruturando e sofrendo alterações que redimensionaram os parâmetros da Reforma. As experiências como as comunidades terapêuticas na Inglaterra, a psicoterapia institucional, a psiquiatria setorial da França e a Lei Kennedy de Saúde Mental Comunitária nos Estados Unidos, deram início à psiquiatria comunitária ou preventiva.

Na década de 1970, os reflexos da Reforma Psiquiátrica que aconteciam na Europa e nos Estados Unidos, chegam ao Brasil, impulsionados pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que já manifestava um pensamento afinado com o ideário das propostas de Franco Basaglia e o movimento italiano que culminou com o fechamento de asilos e manicômios, instituídos pela Lei 108 de 1978 – a Lei Franco Basaglia (AMARANTE, 1995).

Já na década de 1980, além do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que passa por transformações, mas, não por alterações dos seus ideais, ganha dimensões nacionais o Movimento da Luta Antimanicomial, movimento este com marcantes características apartidárias, de forte cunho social, uma vez que trouxe para o cenário nacional o envolvimento das associações de usuários e familiares das pessoas com sofrimento mental.

Entretanto, é nos anos de 1990 que as iniciativas efetivas, com base nas medidas legais e obedecendo aos preceitos constitucionais, tomam corpo

em vários estados brasileiros, inaugurando, assim, um novo momento histórico e revolucionário na assistência em saúde mental.

No cenário da política latino americana de saúde mental, a Organização Pan-Americana da Saúde realizou em novembro de 1990 em Caracas (Venezuela) a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente. Nesta conferência foi produzida a Declaração de Caracas que, resumidamente destacava os seguintes pontos:

Superação do hospital psiquiátrico como serviço central da atenção em saúde mental; humanização dos hospitais psiquiátricos; ampliação dos direitos das pessoas com transtornos mentais. (OPAS, 1996).

A Declaração de Caracas teve importante repercussão em todo continente sul americano e, em especial no Brasil, pois seus princípios contribuíram para sustentar durante os últimos anos as estratégias para a reestruturação da assistência, funcionando como documento norteador das políticas de saúde mental.

Em 1992 é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental. A expressiva participação da sociedade civil em todas as etapas do evento demonstrou, além do interesse pela definição das políticas de saúde mental, uma característica bastante singular às associações brasileiras, que são geralmente mistas, compostas por usuários, familiares e profissionais de saúde e, quase sempre estão vinculadas a um serviço de saúde mental.

Ainda em 1992, estados como o Rio Grande do Sul, pioneiro na promulgação de uma legislação específica para a Reforma Psiquiátrica define algumas das mais importantes diretrizes para a atenção às pessoas com transtornos psíquicos e regula os serviços de saúde mental, proibindo a construção, reforma ou ampliação do número de leitos psiquiátricos no estado. Seguindo o modelo gaúcho, o estado do Espírito Santo adota lei semelhante ainda em 1992 e, até 1997 os estados do Ceará, Pernambuco, Paraná, Distrito Federal, Minas Gerais e Rio Grande do Norte, promulgam suas próprias leis, todas fundamentadas na Lei da Reforma Psiquiátrica de autoria do deputado Paulo Delgado. (AMARANTE, 1995).

Com relação à Lei da Reforma Psiquiátrica, é necessário enfatizar que a mesma tramitou pelo Congresso Nacional por longo tempo até que fosse

votada e aprovada em 2001. Não por acaso e lutando contra forte resistência, em especial de setores da iniciativa privada, que viam no projeto de lei o fim de seus privilégios mantidos às custas do erário público, a Lei 10.216 de seis de Abril de 2001 (BRASIL, 2004b), trouxe para a sociedade brasileira a demonstração da força que possui. Esta Lei traz no seu bojo uma nova direção para o modelo assistencial em saúde mental, criando os serviços substitutivos à internação hospitalar, dispondo sobre os direitos das pessoas com transtornos psíquicos, em especial aquelas vítimas das internações de longa permanência, com características manicomiais. Outro aspecto igualmente importante, previsto na referida lei, diz respeito à responsabilidade do Estado no desenvolvimento das políticas públicas de saúde mental, na promoção, proteção e prevenção dos transtornos psíquicos e, o que é de extrema importância, com a participação da família e da sociedade no que tange a implantação e implementação de ações que visem à saúde mental como um direito do cidadão brasileiro (BRASIL, 2004b).

De maneira resumida, pensamos ser necessário abordar com mais detalhe do que efetivamente trata este novo modelo de atenção em saúde mental.

A proposta do novo modelo esta baseada numa rede de assistência diversificada de serviços com características comunitárias, ou seja, é na comunidade onde as pessoas vivem que deve se dar a maior atenção à saúde mental. Estes serviços devem funcionar em estreita sintonia e integração, de forma descentralizada, intersetorial e participativa. Devem, evidentemente, respeitar as singularidades e particularidades de cada uma destas comunidades. Não há um modelo padrão rígido e isso facilita e estimula a criatividade e a adequação das necessidades das diferentes realidades às necessidades apresentadas por suas comunidades. Desta forma, consolida-se o modelo centrado nos serviços substitutivos ao modelo médico-hospitalar como a única forma de tratamento.

Como desdobramento da Lei 10.216, o Ministério da Saúde edita portarias que estabelecem as diretrizes para a consolidação do novo modelo. Dentre as inúmeras portarias ministeriais, a 224/92 orienta a criação e funcionamento dos serviços substitutivos, quais sejam, os Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS). Já a Portaria/GM 336/02 e a Portaria/SAS

189/02, editadas posteriormente, redefinem os modelos de atendimento e regulam a forma de financiamento (recursos financeiros) a serem utilizados por estes serviços (BRASIL, 2004a).

Os serviços substitutivos não se limitam aos NAPS/CAPS. A mesma legislação prevê outras formas de organizar e financiar residências terapêuticas e centros de convivência além de dispor sobre a substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por leitos psiquiátricos em hospital geral. Estas medidas têm como objetivo maior provocar mudanças nas formas como a sociedade, de uma maneira geral, pensa a pessoa com sofrimento psíquico. São, portanto, medidas que trazem no seu bojo, a idéia de mudança cultural, questionando e buscando novos paradigmas, trazendo para a discussão com a sociedade a questão dos mitos e do preconceito, tão profundamente arraigados na sociedade mundial. Vencer as fortes resistências é um dos principais desafios. Resistências culturais, sociais, econômicas e políticas. E mais: trazer à luz, novas possibilidades de gestão participativa na política de saúde mental e de controle social nas questões relativas à fiscalização e gerência dos recursos destinados à assistência que são também aspirações expressas em tantas outras reformas de caráter social, seja na área da saúde ou em outras políticas públicas.

CAPÍTULO 3

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: Uma experiência de gestão democrática?

Neste capítulo procuraremos responder ao questionamento que tem norteado nossa pesquisa e que pretendemos investigar do ponto de vista das relações entre o Estado e a sociedade. Nossa intenção maior é, partindo do referencial teórico aqui utilizado, responder ou concluir se a gestão da Política de Saúde Mental, implantada no município de Blumenau em 2001, dentro de um governo definido como popular e democrático do Partido dos Trabalhadores, pode ser entendida como uma gestão democrática, do ponto de vista da participação social na gestão desta política.

Para tanto, faz-se mister rever alguns conceitos, contextualizar a trajetória das políticas públicas brasileiras em nível nacional e local, entender algumas questões relativas às crises e reformas pelas quais passou o Estado brasileiro e as questões relativas às trajetórias dos movimentos sociais que culminaram com diversas experiências nos mais variados setores das políticas públicas em todo o país.

3.1 Democracia: conceitos e concepções

Parece-nos incoerente abordar a gestão democrática sem antes focar a democracia enquanto conceito e sistema de governo, passível de explicações e abordagens teórico-metodológicas as mais variadas.

Não pretendemos nos aprofundar demasiado na teorização sobre as origens e os fundamentos da teoria democrática, mas pensamos ser necessário buscá-la, já nos tempos mais recentes, com as reformas e crises vivenciadas pelo Estado brasileiro, a fim de podermos aprofundar, aí sim, o estudo que nos propusemos empreender, no sentido de verificar ou investigar em que medida a implantação da Política de Saúde Mental ora pesquisada, pode ser entendida como uma gestão democrática, no município de Blumenau.

Para Gerschman “*se pensarmos a democracia apenas como um sistema de governo, acabaríamos necessariamente confirmando as premissas elaboradas sobre a teoria liberal do século XIX que pensou a democracia como o mais aperfeiçoado dos sistemas políticos*” (GERSCHMAN, 1995, p. 35).

[...] um sistema formal de igualdades e liberdades expressas politicamente através do voto de cidadãos livres e iguais; representado por partidos políticos competindo pela conquista do governo, através de eleições onde a decisão seria das maiorias, mas sem que isso significasse que as minorias tivessem que se sujeitar ao domínio despótico das maiorias (GERSCHMAN, 1995, p. 38).

Assim, a teoria da democracia enquadra-se no contexto da economia capitalista e dentro de uma concepção do Estado onde economia e política eram instâncias separadas.

No entanto, segundo Gerschman (1995) a partir das forças políticas e sociais, o percurso histórico do exercício da democracia fez com que sua prática se distanciasse muito daquilo que a teoria clássica pensou, ao mesmo tempo em que o campo teórico da democracia procurou acompanhar as transformações histórico-políticas das democracias.

Esta autora acredita que as mudanças no campo teórico seguem um eixo que se estende da democracia formal à democracia substantiva, entendendo por esta última o seguimento teórico do processo histórico pelo quais agentes sociais conquistam uma efetiva cidadania produzindo uma ruptura no “discurso” democrático liberal (GERSCHMAN, 1995).

Na teoria democrática contemporânea, dois paradigmas de análise se destacam: a teoria do elitismo democrático e a teoria da democracia participativa/deliberativa:

[...] a ‘teoria minimalista’, que afirma que a única forma de democracia possível no mundo moderno é a democracia representativa. As ‘teorias amplas de democracia’ que defendem a idéia de que a democracia deve ser entendida como fazendo parte de toda a vida social, enquanto modelo de convivência política entre cidadãos, segundo o qual todos participam igualmente da distribuição do poder, dos bens econômicos e culturais” (SELL, 2005, p. 19).

O elemento central das teorias participacionistas é a idéia de que, “*a ampliação da democracia depende da criação de mecanismos de participação dos cidadãos nas decisões*” (SELL, 2005, p.22).

Podemos distinguir dois tipos de análises sobre a democracia: a teoria contemporânea e a teoria participativa da democracia:

[...] a teoria da democracia participativa é constituída em torno da afirmação central de que os indivíduos e suas instituições não podem ser considerados isoladamente. A existência de instituições representativas não basta para a democracia, pois o máximo de participação de todas as pessoas, a socialização ou 'treinamento social' precisa ocorrer em outras esferas, de modo que as atitudes e qualidades psicológicas necessárias possam se desenvolver" (SELL, 2005, p.23).

Ainda sobre a democracia representativa, Bobbio sintetiza:

Podemos dizer que o que acontece hoje quanto ao desenvolvimento da democracia não pode ser interpretado como a afirmação de um novo tipo de democracia, mas deve ser entendido como a ocupação, pelas formas ainda tradicionais de democracia, como é a democracia representativa, de novos espaços, isto é, de espaços agora dominados por organizações de tipo hierárquico e burocrático (BOBBIO, 2002, p. 67).

Deste ponto de vista, este autor acredita estar acontecendo uma reviravolta no desenvolvimento das instituições democráticas, resumindo-a numa fórmula do tipo "da democratização do Estado à democratização da sociedade".

3.2 A democratização das políticas públicas no Brasil: a trajetória histórica das relações Estado e sociedade

A partir da Segunda Guerra Mundial, nos países do bloco central, as discussões estavam centralizadas na globalização e na crise do Estado do Welfare State sob um atento olhar neoliberal. No Brasil, como em todos os países periféricos, as discussões eram marcadas pela crise fiscal do Estado e pelo fenômeno da globalização, que pressionava para uma adequação à nova ordem capitalista mundial bem como pelas profundas desigualdades sociais (COHN, 1997).

A teoria e a prática do Estado Desenvolvimentista das décadas de 1950 e 1960 delegam ao Estado a função de estabelecer mudanças sociais além da função de industrializar o país com o intuito de modernizá-lo, buscando o desenvolvimento econômico e dos setores básicos da economia. As questões sociais deste momento no país passam a existir apenas em função

do desenvolvimento econômico e não como metas prioritárias de políticas públicas.

As décadas de 1970 e 1980 são marcadas por transições do Estado Desenvolvimentista, considerando os fracassos de algumas áreas definidas como prioritárias. Nesta época, passa a vigorar o Estado Mínimo, quando o Estado se afasta das intervenções enquanto executor para assumir o papel de regulador. É o período de predomínio marcante do pensamento neoliberal, em especial com relação às políticas públicas de caráter social que passam a ocupar espaços marginalizados.

O país era assim caracterizado, naquele momento:

O Brasil é uma sociedade com uma longa tradição de política autoritária. A predominância de um modelo de dominação oligárquico, patrimonialista e burocrático resultou em uma formação de Estado, um sistema político e uma cultura caracterizados pelos seguintes aspectos: a marginalização, política e social, das classes populares, ou a sua integração através do populismo e do clientelismo; a restrição da esfera pública e sua privatização pelas elites patrimonialistas; a “artificialidade” do jogo democrático e da ideologia liberal, originando uma imensa discrepância entre o “país legal” e o “país real” (SANTOS, 2002, p. 458).

A sociedade e a política brasileiras são caracterizadas por uma marcante presença do Estado sobre a sociedade civil e pelas enormes dificuldades para a construção da cidadania e participação popular autônoma.

Para completar a descrição deste caótico período vivenciado pelo país, o autor completa:

O Brasil é também uma sociedade marcada por desigualdades sociais escandalosas que, na verdade, aumentaram bastante nos últimos quinze anos, devido à crise do Estado desenvolvimentista, à desregulamentação da economia e ao desmonte de um Estado-Providência que já era, de resto, inteiramente deficiente (SANTOS, 2002, p. 458).

Os anos 1990, “*se caracterizaram por um movimento muito intenso de atores e forças sociais envolvidos com a invenção partilhada de novos formatos e desenhos de políticas*” (TATAGIBA, 2003, p. 47). As sucessivas crises que têm caracterizado o setor público – crise econômica, crise política, crise de valores, crise social – e o aumento galopante e permanente de demandas sociais por ações do Estado induzem ao questionamento tanto do modelo centralizador e excludente que caracterizava a relação entre o Estado e os beneficiários das políticas públicas, quanto ao questionamento sobre a

capacidade do Estado em dar conta destas demandas sociais. Enfocavam-se, assim, duas vertentes de um mesmo processo: a necessidade de democratização do Estado e a questão da eficácia dos resultados gerados (ou não) pelas políticas públicas nos setores sociais.

Tatagiba defende o ponto de vista de que *"a ênfase em um ou outro ponto ou a sua efetiva articulação, varia tendo em vista a natureza dos governos, a capacidade de pressão da sociedade organizada, a setorialização de projetos, etc."* (TATAGIBA, 2003, p.47).

Há que se questionar: quando nas décadas de 1980 e 1990, os movimentos sociais e a participação da sociedade civil na elaboração e gestão das políticas públicas tomaram dimensões significativas, quais eram as expectativas que traziam consigo? Imaginava-se que a participação popular, ocupando espaços institucionais, pudesse provocar uma inversão do modelo de planejamento e execução de políticas públicas no país. Essa inversão se daria pela pressão que a atividade popular organizada poderia exercer nos diversos setores estatais, tornando-os mais responsáveis, transparentes, mais próximos da sociedade e, talvez, mais eficazes. O efetivo exercício do controle social poderia imprimir uma lógica mais democrática na definição de prioridades e na própria elaboração e operacionalização de políticas públicas. O Estado se veria pressionado a negociar ou compartilhar seus projetos, não intervindo mais de forma vertical e isolada como era a prática até então. Assim, com o surgimento de espaços públicos de discussão e decisão, os conflitos de interesses (o interesse público e o interesse de grupos vinculados ao poder do Estado) seriam, no mínimo, dificultados (TATAGIBA, 2003).

Por fim, havia a expectativa de que a participação popular pudesse influenciar seus próprios atores, funcionando, desta forma, como um fator de educação popular, promovendo o exercício da cidadania.

Contudo, esta autora questiona até onde estas e outras expectativas se cumpriram? Até onde a formalização de instâncias participativas democratizou a gestão pública e o acesso aos bens públicos? Pode-se afirmar que, como resultados dessa participação, estão se delineando novas tendências na produção de políticas no Brasil?

São essas questões que tanto quanto a autora, a nós também interessa investigar transportando-as para a realidade local que nos

propusemos estudar. Trata-se, portanto, de procurar compreender em que medida a gestão da política de saúde mental no município de Blumenau se constituiu em uma inovação e quais foram os seus limites e possibilidades.

3.3 Democratização e gestão participativa

Uma pergunta que, além de oportuna é intrigante e desafiadora se a transportarmos para a realidade local que nos propusemos investigar. *“Porque alguns governos democráticos têm bom desempenho e outros não?”* (PUTNAM, 1996.p. 19).

Considerando que a *“democracia deliberativa constitui-se em um modelo político de caráter decisório cuja base é a participação popular na elaboração das políticas públicas”* (LÜCHMANN 2003, p. 165), o que nos interessa aqui é avaliar as condições de implementação da política de Saúde Mental do ponto de vista da vontade política, do grau de envolvimento e participação da sociedade civil e das condições criadas para um debate inclusivo, amplo e fundamentado em princípios de igualdade participativa.

Putnam (1996) enfatiza que:

[...] é crescente em todo o mundo, a insatisfação com os resultados práticos da democracia liberal apesar de sua supremacia filosófica – de Moscou à cidade do México, aumenta o desespero com as instituições públicas. Com a queda do Comunismo, os países da Eurásia vêem-se obrigados a construir, do nada, sistemas democráticos de governo. As pessoas buscam soluções para seus problemas comuns – ar menos poluído, empregos mais estáveis, cidades mais seguras (p.19).

O Brasil não foge a nova ordem mundial e, em menor escala evidentemente, as realidades locais acompanham estas tendências e influências.

As indagações de Putnam (1996), de extrema pertinência, vêm ao encontro dos muitos questionamentos que temos enfatizado de maneira geral e, mais especificamente, ao longo dos últimos cinco anos como co-participes na gestão de uma política pública setorial: *“de que modo as instituições formais influenciam a prática da política e do governo? Mudando-se as instituições, mudam-se também as práticas? O desempenho de uma instituição depende do contexto social, econômico e cultural?”* (PUTNAM, 1996, p.19).

Sabemos que o contexto social, econômico, político e cultural interferem e influenciam o desenvolvimento e o desempenho das instituições em circunstâncias semelhantes. Em que medida esta influência é exercida e de que forma se manifesta é o que motiva a investigação, a partir da nossa realidade local.

Compartilhamos do interesse de Putnam quando enfatiza que *“estudiosos, políticos e cidadãos comuns de todos os países do mundo – industrializados, pós-industrializados e pré-industrializados – estão empenhados em descobrir como as instituições representativas podem funcionar de modo eficaz”* (PUTNAM, 1996, p. 23).

A experiência italiana relatada por Putnam em seu livro *Comunidade e Democracia* (1996) possibilita estabelecer correlações claras com as experiências vivenciadas em nosso cotidiano, evidenciando-nos que as teorias são aplicáveis nos diversos contextos institucionais.

Assim, o autor defende que *“as instituições influenciam os resultados porque moldam a identidade, o poder e a estratégia dos atores sociais”*. E mais: *“as instituições são moldadas pela história – corporificam trajetórias históricas e momentos decisivos”* (*Ibidem*). A estes dois aspectos fundamentais, acrescenta um terceiro aspecto e que nos parece crucial para a compreensão e a análise das instituições: *“o desempenho prático das instituições é moldado pelo contexto social em que elas atuam”* (PUTNAM, 1996, p. 24).

Não é recente a preocupação e o estudo das influências da sociedade nos processos decisórios e nas relações com o Estado. O que parece haver de novo e potencialmente inovador é o papel decisivo e decisório que esta relação vem desempenhando, sobretudo no mundo globalizado do século XX e, agora, do século XXI.

Do ponto de vista de outro autor *“o recente processo de construção democrática da sociedade brasileira vem percorrendo um caminho cuja tortuosidade desafia qualquer análise ou pretensões evolutivas e lineares”* (LÜCHMANN, 2003, p. 166).

O quadro de desigualdade social é uma característica básica no plano social a partir das medidas de corte implantadas pela política neoliberal. A problemática social que impera no Brasil não pode ser atribuída apenas à

herança patrimonialista, clientelista e de autoritarismo de séculos vividos sob estas condições.

O que agrava estas desfavoráveis condições sociais é a tecnoburocracia e a subordinação do país à lógica capitalista internacional, cuja exigência principal é a destituição do conjunto de direitos arduamente conquistados pela sociedade através de lutas e movimentos sociais (LÜCHMANN, 2003, p. 166).

No plano político, as conquistas da sociedade brasileira se caracterizaram pela consolidação do sistema democrático-representativo e também pela criação de um conjunto de instrumentos legais que, incorporados à Constituição de 1988 permitiram a implantação de mecanismos participativos na gestão das políticas públicas (LÜCHMANN, 2003).

Para Santos (2002) *“a reinvenção da democracia participativa nos países do Sul está intimamente ligada aos recentes processos de democratização pelos quais passaram esses países. São países que dentro da lógica hegemônica do pós-Segunda Guerra Mundial não estiveram no assim chamado campo democrático”* (SANTOS, 2002, p. 55). O Brasil esteve, ainda que muito ambigualmente, por algum tempo no campo democrático, alternando períodos autoritários e períodos democráticos até 1985.

No caso brasileiro, o que está em questão é a constituição de um ideal participativo e inclusivo como parte dos projetos de democratização. Assim, os recentes processos de democratização também incorporam elementos de participação, o que se pode perceber nos movimentos comunitários existentes no país que reivindicam o direito de participar nas decisões em nível local (SANTOS, 2002). Bons exemplos destes movimentos em nível nacional são o Orçamento Participativo, inaugurados em cidades onde aconteceram as gestões de cunho democrático e participativo do Partido dos Trabalhadores (Porto Alegre, Blumenau, Chapecó, Belo Horizonte, etc.) e a realização das Conferências Municipais de Saúde, com participações expressivas da sociedade civil.

Os processos de libertação e os processos de democratização parecem partilhar de um elemento comum: *“a percepção da possibilidade de inovação entendida como participação ampliada de atores sociais de diversos tipos de processos de tomada de decisão”* (SANTOS, 2002, p. 59). Para este

autor estes processos implicam a inclusão de temáticas até então ignoradas pelo sistema político, a redefinição de identidades e vínculos e o aumento da participação, especialmente no nível local. É preciso esclarecer que estes processos com a ampliação dos espaços para a participação popular se deram, de forma mais evidenciada, nas gestões de caráter democrático-popular em contraposição a uma maior centralização do poder das gestões neoliberais anteriores às décadas de 1980, 1990 e início do novo século.

Para Santos (2002), estes processos tendem a ser objeto de intensa disputa política:

[...] as sociedades capitalistas, sobretudo nos países centrais, consolidaram uma concepção hegemônica de democracia, a concepção da democracia liberal com a qual procuraram estabilizar a tensão controlada entre democracia e capitalismo. Essa estabilização ocorreu por duas vias: pela prioridade conferida à acumulação de capital em relação à redistribuição social e pela limitação da participação cidadã, tanto individual, quanto coletiva, com o objetivo de não “sobrecarregar” demais o regime democrático com demandas sociais que pudessem colocar em perigo a prioridade da acumulação sobre a redistribuição (p. 59).

No Brasil, a complexa questão da ambigüidade é abordada por Paoli, citada em Santos (2002), enfatizando que o país apresenta experiências tanto positivas quanto negativas de participação. Segundo esta autora:

[...] as práticas de deliberação participativa no Brasil estiveram, desde o seu início, ligadas à visibilidade política dos novos movimentos sociais e à redefinição de práticas do movimento operário nas décadas de 70 e 80. Elas foram entendidas através de uma renovada teoria do conflito social que apontava para formas de participação popular e lutas plurais demandantes de representação autônoma no processo de distribuição de bens públicos e formulação de políticas públicas (p. 63).

Ainda de acordo com o pensamento de Santos (2002), a ativismo social dos empresários contra a exclusão social mostra como o ideal da participação da sociedade civil pode ser cooptado por setores hegemônicos para acelerar a quebra das políticas públicas, sem, contudo, criticá-lo e, pelo contrário, aproveitando-o para realizar uma operação de “marketing social”:

[...] é possível perceber, de um lado, o possível potencial inovador que a mobilização responsável empresarial dirige ao transbordamento da pobreza e das oportunidades de vida da população carente. De outro lado, é visível que esta mobilização silencia a respeito das políticas que aprofundam a exclusão social e desorientam politicamente a própria sociedade brasileira, além de ocupar vantajosamente, em termos de

seus interesses particulares, o próprio espaço que abre como ação civil para um público (SANTOS, 2002, p. 64).

O Brasil é um dos países nos quais as potencialidades de democracia participativa se apresentam com maior clareza. O autor, citando os trabalhos desenvolvidos por Leonardo Avritzer sobre o orçamento participativo enfatiza como a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 aumentou a influência de diversos atores sociais nas instituições políticas através de novos arranjos:

O artigo 14 da Constituição de 1988 garantiu a iniciativa popular como iniciadora de processos legislativos. O artigo 29 sobre a organização das cidades requereu a participação dos representantes de associações populares no processo de organização das cidades. Outros artigos requereram a participação de associações civis na implementação das políticas de saúde e assistência social (SANTOS, 2002, p. 65).

Desta forma, a Constituição possibilitou a incorporação de novos elementos culturais, surgidos na sociedade, na institucionalidade emergente, abrindo espaço para a prática da democracia participativa.

Tomando como referência as experiências do orçamento participativo em Porto Alegre, Santos e Avritzer demonstram como, dentre tantas formas de participação ocorridas no Brasil depois do regime autoritário, este modelo ganhou espaço e enfatizam que, no caso brasileiro, a motivação pela participação é parte de uma herança comum do processo de democratização que levou atores sociais democráticos, especialmente aqueles oriundos dos movimentos comunitários, a disputarem o significado do termo participação. No caso da cidade de Porto Alegre essa disputa se articula com a abertura de espaços reais de participação pela sociedade política, em particular pelo Partido dos Trabalhadores. *“Com isso, surgem formas efetivas de combinação entre elementos da democracia participativa e da representativa, através da intenção das administrações do Partido dos Trabalhadores de articular o mandato representativo com formas efetivas de deliberação em nível local”* (SANTOS, 2002, p. 65).

Importante salientar que, a realidade que nos propusemos estudar, qual seja, a implantação da política de saúde mental no município de Blumenau (2001 – 2004), guarda estreita semelhança com os aspectos relatados na experiência gaúcha: o momento político em que os fatos a serem pesquisados

se sucederam, a abertura de espaços de participação social na implementação de políticas públicas de saúde, numa gestão definida como democrática e popular do partido dos Trabalhadores que teve sua primeira gestão de 1997 a 2000.

Na teoria democrática contemporânea, a noção de participação política se expressa em termos de deveres políticos e de direitos legais e constitucionais dos cidadãos no que diz respeito à eleição de governos representativos e a assegurar seu funcionamento democrático (Santos, 2002).

Nas discussões teóricas e na prática da política representativa, a democracia participativa tem sido tratada, respectivamente, como uma idéia parapolítica e uma atividade política marginal – uma característica desejável, mas não essencial, de uma democracia moderna.

[...] é na política dos movimentos de base, onde o alcance da democracia é ativamente buscado e expandido através dos seus combates políticos cotidianos, que a democracia participativa é concebida não apenas como desejável, mas como uma forma de organização e uma prática política necessária (SANTOS, 2002, p.110).

Com a globalização, onde as instituições da democracia representativa se vêem dependentes do poder hegemônico global, com o distanciamento das estruturas políticas e econômicas responsáveis pela tomada de decisão e, inclusive afastadas da população, a democracia participativa praticada pelos diversos movimentos sociais conquista relevância e espaço, dificilmente reversíveis, o que parece ser positivo frente à abertura para tal exercício e as conquistas sociais dele advindos.

[...] a sociedade brasileira vem se caracterizando não apenas pela consolidação do sistema democrático representativo, como também pela implementação de um conjunto de instrumentos legais que, em grande parte incorporados na Constituição de 1988, possibilitam a implementação de mecanismos participativos na gestão das políticas públicas (LÜCHMANN, 2003, p.166).

Se no plano prático as experiências participativas têm procurado fazer frente à lógica hegemônica da globalização, que reduz o caráter universal dos direitos e das políticas públicas, na teoria estabelece-se um campo bastante promissor para se proceder a análises sobre as possibilidades e os limites para a efetivação do ideário da democracia deliberativa e participativa – processo definido como *“modelo de deliberação política pautado na efetiva participação*

dos sujeitos sociais nas discussões e definições relativas aos assuntos de interesse da coletividade” (Ibidem).

A mesma autora relata que na relação Estado e sociedade, algumas das experiências participativas ocorridas no Brasil, provocam espanto aos olhares atentos da comunidade internacional, tanto quanto têm causado indagações internas que contribuem para o aprofundamento do debate e, conseqüentemente, da própria democracia. Para esta autora, uma questão fundamental deste debate relaciona-se às condições de implementação e de sustentação de experiências de democracia participativa/deliberativa, diante de um contexto marcadamente desigual como o que caracteriza a sociedade brasileira. Desta forma teríamos as seguintes características para o conceito de democracia deliberativa:

[...] a discussão e a construção pública de interesses voltados para o bem comum; a ampliação da participação social e, a recondução, através da esfera pública, das ações político-institucionais, tendo em vista as decisões advindas das articulações entre o Estado e a sociedade (LÜCHMANN, 2003, p.167).

Esta perspectiva se coloca como uma alternativa à “solução privatista” do modelo neoliberal para o saneamento dos problemas sociais, na medida em que recupera a dimensão pública da “questão social”, trazendo para o cenário dos debates a construção de fóruns e espaços públicos de discussão e de definição sobre os caminhos da ação governamental (LÜCHMANN, 2003).

Contudo,

[...] este caráter público requer, diante dos diferentes conflitos de interesses e desigualdades sociais, uma nova configuração institucional que garanta que a definição e a resolução das demandas sociais sejam resultantes de discussões efetivamente democráticas, no sentido de obedecer aos princípios de pluralismo, da igualdade participativa e da promoção de justiça social (p. 167).

O que diferencia a democracia representativa da democracia deliberativa é que, a primeira, confere ao sufrágio universal a legitimidade para a autoridade do exercício do poder. Já a democracia deliberativa, propõe que as decisões sejam o resultado de discussões coletivas e públicas que se expressam em instituições desenhadas para o efetivo exercício dessa autoridade coletiva.

O processo de democratização, *“implica, de maneira geral, em ampliar e qualificar os espaços públicos de discussão e tomada de decisão”* (Ibidem). Portanto, além da criação de uma multiplicidade de atores sociais que se articulam, discutem, questionam temas e problemas na esfera pública, esta democratização exige o fortalecimento do Estado, no sentido de direcioná-lo para a prática da cidadania, da justiça social, favorecendo e estimulando a criação e a ampliação de espaços públicos ocupados por uma multiplicidade de sujeitos com poder de decisão.

Democratizar o Estado e fortalecer a sociedade civil, tornando-a coletivamente densa e atuante são os grandes desafios de um processo de aprofundamento da democracia que apresenta uma concepção de institucionalidade alternativa a uma perspectiva liberal e “elitista” de democracia, caracterizada como um modelo político, ou como “arranjo institucional”, criados para se alcançar decisões políticas através de uma luta competitiva pelo voto (p. 167).

Com o objetivo de ir além da institucionalidade política liberal, a democracia deliberativa, ancorada em um conjunto de articulações Estado-sociedade, configura-se como um processo público e coletivo de deliberação política pautado nos seguintes pressupostos: a publicidade, a articulação entre o pluralismo e a construção do interesse comum, a participação igualitária de diferentes cidadãos, a necessidade de formatação de um processo decisório advindo de discussões coletivas e públicas e, o estabelecimento de mecanismos que reduzam e/ou subvertam o quadro de dificuldades (exclusão e desigualdades) à participação, dando oportunidade, portanto, a ampliação dos grupos e cidadãos envolvidos com a dinâmica deliberativa (LÜCHMANN, 2003).

O conceito que melhor tem expressado o surgimento e a potencialidade democrática na América Latina e em especial na realidade brasileira, é o conceito de sociedade civil. Para esta autora, a concepção de sociedade civil que se fundamenta no conjunto de práticas associativas ou coletivas autônomas do Estado, tem suas raízes no contexto da ditadura militar expressando oposição entre o Estado e a sociedade:

Os movimentos sociais que irromperam a partir dos anos 70 no cenário público do país, preencheram, com tintas fortes, o núcleo normativo do conceito de sociedade civil. Inseridos em um contexto de exclusão, discriminações e sujeições, os movimentos sociais marcaram as duas

décadas (70 e 80) com lutas e resistências no combate a um Estado fortemente centralizado, excludente e autoritário (LÜCHMANN, 2003, p.168).

Novas articulações entre Estado e sociedade – principalmente no âmbito do poder locais – mediadas por novos mecanismos de gestão de políticas públicas de caráter participativo são, “*indicativos da complexidade e da heterogeneidade do campo próprio de organização estatal*” (Ibidem). Diferentemente dos momentos passados, as práticas cooperativas ocupam espaço, sendo que em uma fase menos combativa e mais propositiva, diversos setores da sociedade civil, estabelecem relações mais duradouras, conciliadoras e desafiadoras da difícil tarefa de construir instituições efetivamente representativas dos anseios e demandas sociais.

[...] o caráter público da sociedade civil se amplia, na medida em que, para além dos debates, articulações, encontros que visam discutir, problematizar questões e demandar soluções para os problemas que estão ausentes ou que recebem tratamento precário na agenda pública, produzindo e ampliando, portanto, os espaços públicos, significativos setores da sociedade civil passam também a demandar e/ou investir na implementação de espaços públicos institucionais a exemplo dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas e de experiências do Orçamento Participativo (Ibidem).

De uma maneira geral, as experiências de participação da sociedade civil na gestão das políticas públicas, têm revelado boa dose de inovação e otimismo frente ao quadro de organização política do país. No entanto, há igualmente uma série de dificuldades no estabelecimento de processos efetivamente democráticos sinalizando para um olhar mais cauteloso acerca das promessas e expectativas que a introdução da participação da sociedade civil nestes espaços sugere: “*Elemento central é a idéia de que a participação de atores e/ou setores da sociedade civil não garante, por si própria, a reversão de uma lógica de poder em direção ao aprofundamento da democracia*” (Ibidem). É necessária uma qualificação desta participação, considerando a complexidade de tais processos, envolvendo questões de natureza política, econômica, social e cultural e que dizem respeito a uma sociedade ainda não acostumada ao exercício da plena democracia, que tem fortes vínculos com os procedimentos de caráter clientelista, é ainda perseguida pelos resquícios do autoritarismo e vivencia uma realidade com extremas desigualdades sociais.

3.4 A democratização da saúde no Brasil

A concretização das mudanças rumo à descentralização político-administrativo e à democratização do sistema de saúde brasileiro, tendo como marco referencial a reforma sanitária começa a se constituir a partir da primeira metade dos anos 1980.

A Constituição Federal de 1988 consolidou as propostas nascidas no movimento da reforma sanitária, resultado do processo de redemocratização do Estado e das lutas dos movimentos sociais ocorridos nas décadas de 1970 e 1980, que traziam no seu bojo uma crítica ao Estado centralizador, técnico-burocrático e excludente seja da participação popular seja das políticas de caráter social.

A Constituição promulgada em 1988 expressa a preocupação com a garantia à população de exercer um papel de maior importância no processo decisório não apenas através de mecanismos de representação, mas através de participação direta, com direito a influir sobre as decisões das políticas direcionadas à coletividade.

Em diversos de seus artigos, a Constituição ressalta a participação da população a começar pelo artigo 1º, parágrafo único onde está escrito: *“todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente nos termos desta Constituição”* (BRASIL, 1990).

Em verdade, a Constituição Federal apenas ratificou uma tendência que vem ocupando espaços ao longo principalmente dos últimos 20 anos, quando a população, a partir de sua organização (sociedade civil) passa a reivindicar sua atuação nas gestões locais, ao mesmo tempo em que, alguns governos, em especial os municipais, também passam a desenvolver processos de gestão democrática.

A Constituição Federal do Brasil e as Leis 8.080 e 8.142 (BRASIL, 2001a) aprovadas pelo Congresso Nacional em 1990 foram influenciadas pelos reformadores do sistema brasileiro de saúde em aliança com organizações que representavam os interesses dos usuários¹⁷. Há que se enfatizar que muitos

¹⁷ - Neste contexto, usuário é todo cidadão brasileiro, que utiliza o SUS, independente de ser uma pessoa com transtornos psíquicos (usuário dos CAPS).

dos idealizadores do movimento da reforma sanitária passaram a ocupar funções estratégicas no Ministério da Saúde e, evidentemente, muito de seus pensamentos e ideologias puderam ser materializadas a partir de então. A estratégia geral era construir um sistema universal e único de saúde, financiado com recursos da seguridade social – criada pela nova Constituição – e dos orçamentos federal, estaduais e municipais. A maior parte da provisão direta e da regulação dos serviços financiados com recursos públicos ficaria a cargo dos municípios. Estava criado, assim, o principal mecanismo de participação da sociedade civil na gestão da política pública de saúde – o controle social. A Lei 8.142/90 (BRASIL, 2001a) que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde criando os Conselhos de Saúde, ampliou ainda mais as possibilidades de envolvimento de usuários no processo de decisão setorial em comparação com o que havia sido proposto pelos programas anteriores. Deveriam ser constituídos conselhos de saúde permanentes, nos níveis federal, estadual e municipal da administração pública, os quais deveriam ser compostos por representantes do governo, de prestadores de saúde, de profissionais de saúde e de usuários. Metade do conselho seria formada por representantes dos usuários e a outra metade por conselheiros oriundos dos demais segmentos sociais. Um dos requisitos para que as secretarias estaduais e municipais se habilitassem a receber recursos financeiros federais, era a existência de conselhos organizados de acordo com as determinações legais. Esses fóruns deveriam participar do estabelecimento de estratégias, decidir sobre a alocação de recursos financeiros e monitorar a implementação de políticas. Como a provisão de serviços de saúde se tornara principalmente uma obrigação municipal, uma vez ocorrido o processo de municipalização, os conselhos municipais poderiam vir a ter controle sobre os cuidados de saúde, financiados com recursos públicos em cada um dos municípios.

A mesma lei criava também as conferências de saúde, nos três níveis da administração pública, as quais deveriam ter a mesma composição dos conselhos e ocorrer a cada quatro anos. Sua função precípua é avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipal, estadual e federal.

Embora tenham sido realizadas oito conferências nacionais de saúde anteriormente a 1990, apenas a última delas – a VIII Conferência Nacional de Saúde – teve participação popular marcante, possivelmente por ter sido realizada em 1986, no contexto da democratização política, dos conflitos e negociações que precederam o processo constitucional e de intensa discussão sobre os rumos da reforma do sistema de saúde (FIOCRUZ, 2005).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi acima de tudo o resultado de um grande movimento de âmbito nacional em defesa da saúde. Forças sociais e políticas, juntamente com o "movimento sanitário" aglutinam-se em torno de um compromisso com o processo de mudança. Surgem, assim, as primeiras manifestações em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), antes vagas e pouco consistentes, que começam a traduzir-se em propostas concretas resultantes de diferentes estratégias.

A partir de então se realizaram duas conferências nacionais – em 1993 e em 1996 – precedidas pela organização de cerca de cinco mil conferências municipais e estaduais em todos os estados da federação. A mobilização que elas provocaram pode ser atestada pelo processo de escolha de delegados, cercado, muitas vezes, de disputas acirradas entre diferentes entidades buscando garantir a presença de seus representantes no evento.

A XI Conferência, ocorrida em 2000, foi marcada pelo tema: "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social" (FIOCRUZ, 2005).

Em 2003 foi realizada a XII Conferência Nacional de Saúde (antecipada por ser, 2004, um ano de eleições municipais) cujo tema foi "Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos".

Subdividida em dez eixos temáticos, a XII Conferência contemplou, em seu eixo VI o tema gestão participativa assim explicitado:

Os espaços institucionais de gestão compartilhada da saúde são os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde que, nos últimos anos, têm provocado grande transformação no processo político-institucional. O processo de controle social realizado pelos Conselhos de Saúde nos municípios, nos estados e no âmbito nacional, ao determinar uma nova dinâmica de participação popular em saúde, vem implementando, com consistência, um dos princípios fundamentais da Reforma Sanitária Brasileira, que é o Controle Social do SUS" (BRASIL, 2004a, p. 22)

A descentralização da gestão proposta pelo SUS está fundamentada no pressuposto da gestão participativa ao garantir maior poder à esfera municipal. É no nível local, onde os problemas e as soluções acontecem que deve estar o recurso, o poder decisório, a participação e o efetivo controle social. Nesse sentido, fica identificado o espaço para a construção de uma rede de participação social aproximando os diferentes níveis de gestão em saúde, articulada ao conjunto de todos os segmentos e atores sociais envolvidos com o processo de fazer saúde (BRASIL, 1990).

Há ainda outro fator estratégico da gestão participativa, qual seja, aquele que, voltado ao funcionamento de cada instituição do SUS, promove maior participação dos trabalhadores em saúde, gerando ambientes solidários e novas possibilidades dos vínculos institucionais dos profissionais. Não raro são as situações em que o envolvimento dos técnicos é tal que estes passam a ser os representantes legitimados pela população, no sentido de participarem efetivamente dos processos decisórios, por serem também detentores de um saber que ainda é restrito ou pouco socializado.

3.4.1 - Os conselhos de saúde no Brasil

Apesar das ações dos movimentos populares terem sua história iniciada já nas décadas de 1960 e 1970, é somente com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 que a idéia de participação comunitária nos processos decisórios do setor saúde se consolida através de forte participação da sociedade civil naquele importante evento nacional. No entanto, o controle social só foi formalmente instituído em 1990 através da lei 8.142 que define em seu texto as diretrizes de funcionamento dos mecanismos de participação. Cabe ressaltar que as primeiras propostas para a viabilização dos mecanismos de participação popular aparecem na Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080/90, porém os artigos que se referiam ao tema da participação popular foram vetados pelo Presidente da República numa clara demonstração do desinteresse do governo federal em estimular ou permitir à sociedade que exercesse seu papel de participação nos processos de decisão das políticas de saúde.

A Lei 8.142/90 define que a participação comunitária no Sistema Único de Saúde (SUS) se concretizará através das conferências de saúde e pela instituição de Conselhos de Saúde nos três níveis de administração - governo federal, estadual e municipal (BRASIL, 2001a).

A mesma lei define ainda que as conferências deverão acontecer a cada quatro anos e contar com a representação dos vários segmentos sociais, com objetivo de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipal, estadual e nacional. Já os conselhos de saúde, têm a seguinte definição:

O conselho de saúde reunir-se-á em caráter permanente e deliberativo, sendo composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros e cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (BRASIL, 2001a, p.39).

Quanto à composição dos conselhos a legislação prescreve que deve haver paridade entre o número de usuários e os demais segmentos, ou seja, 50% dos representantes são usuários e os demais segmentos são representados pelos 50% restantes - 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços públicos e privados, de acordo com a Resolução 33/92 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2001a).

De acordo com Wendhausen (2002):

A definição de participação social vem carregada de idealidade e é o próprio Ministério (1998) quem admite que embora esteja prevista em lei, a participação social é um processo, em permanente construção, comportando avanços e recuos. Observamos que, desde a implantação dos conselhos, têm se travado inúmeros embates, os quais, infelizmente, pouco têm ultrapassado os limites da própria área da saúde, na qual, através das experiências dos diversos municípios, tenta-se ajustar os mecanismos de participação (p. 121).

Diante das dificuldades de implementação dos conselhos como prescreve a Lei, das constantes ameaças de “prefeiturização” e também considerando as experiências positivas que aconteciam em alguns municípios brasileiros, tanto a IX como a X Conferência Nacional de Saúde tecem recomendações em seus relatórios finais que aprimoram, regulamentam e

tentam aprofundar os mecanismos de participação, em especial os dos Conselhos (WENDHAUSEN, 2002).

Em 1998, o Ministério da Saúde edita o documento “O SUS e o Controle Social - Guia de Referência para Conselheiros Municipais” no qual esclarece as condições necessárias ao adequado funcionamento dos conselhos, estabelecendo critérios que possibilitam a avaliação da participação nestas instâncias. Os principais indicadores para a efetiva avaliação podem ser assim enunciados de acordo com o citado documento (BRASIL, 2001a):

- Representatividade - diz respeito à relação do conselho com suas bases, de modo a atuar como seu interlocutor;
- Legitimidade - é a condição que um conselheiro ou mesmo uma decisão adquire quando verdadeiramente representa as idéias de um grupo ou de toda a sociedade;
- Autonomia - um conselho que possui autonomia é aquele que tem condições administrativas, financeiras e técnicas adequadas ao seu funcionamento, devendo tais condições ter a garantia da Secretaria Municipal de Saúde sem que os interesses se confundam;
- Organicidade - se caracteriza pelo grau de organização em que o trabalho do conselho acontece: a frequência às reuniões, a presença regular dos conselheiros, o uso do regimento, etc.
- Permeabilidade - diz respeito à capacidade de estabelecer um canal de recepção de demandas sociais locais, as quais deverão pautar as discussões e decisões do conselho;
- Visibilidade - caracteriza-se pela transparência de atuação do conselho frente à sociedade. Depende da relação com os canais locais de comunicação, bem como da criação de seus próprios canais de comunicação, tais como boletins informativos e outros instrumentos;
- Articulação - se expressa pela capacidade do conselho em estabelecer relações não só com outros conselhos, mas também com outros setores sociais e instituições de saúde e ainda com o Poder Legislativo, etc.

Uma atenta observação destes critérios permite verdadeiras revelações quanto ao estado de democratização em que os conselhos estão. Por sua vez,

esta democratização depende da articulação entre os diversos poderes que os atravessam (WENDHAUSEN, 2002).

Muitas experiências de gestão de políticas públicas de caráter participativo vêm sendo implementadas no Brasil, em especial no nível local, ou seja, no município, favorecendo, assim, a efetiva participação e controle social.

O poder local, enquanto instância de gestão das políticas públicas na esfera municipal, embora siga uma lógica geral de organização estatal, configura-se como o local mais adequado à introdução de espaços e mecanismos de participação, considerando o maior grau de descentralização, comparativamente às esferas estadual e federal e, portanto, maior proximidade com a população, seus problemas e as demandas sociais (LÜCHMANN, 2002).

Entre as experiências de gestão participativa destacam-se entre outras, os Conselhos Gestores de Políticas Públicas (saúde, educação, assistência social, etc). Em que pese serem experiências bastante recentes na trajetória política do país, vêm apresentando uma importante capacidade de generalização, seja nas diferentes esferas de governo, seja nas diferentes áreas de intervenção governamental. Estas experiências *“vêm se constituindo em um campo fértil para as análises acerca das possibilidades e dos limites de concretização ou efetivação dos ideais de um modelo de democracia deliberativa, pautado na construção de espaços públicos amplamente participativos de discussão e definição das políticas públicas”* (LÜCHMANN, 2002, p. 45).

O modelo que melhor se aproxima desse ideal democrático, se considerarmos as desigualdades sociais existentes no Brasil parece ser aquele que apresenta a maior capacidade de remover os obstáculos que historicamente têm minado a promoção da cidadania, enquanto direito de participação e deliberação sobre os assuntos de interesse da coletividade. Assim, segundo a concepção defendida por Lüchmann (2002):

Para se constituírem em um modelo alternativo de gestão democrática, essas experiências devem ser capazes de instituir mecanismos de participação e decisão que não reproduzam o paradoxo da democracia eleitoral, caracterizado por conferir, através do sufrágio universal ‘poder político ao povo, ao mesmo tempo em que o mantém aprisionado socialmente, despojando-o, assim, dos efeitos práticos desta franquia (*Ibidem*).

Desta forma, para que essas experiências se caracterizem como uma inovação institucional no caminho da efetivação da democracia deliberativa, faz-se necessário a introdução de um conjunto mais amplo e representativo dos diferentes segmentos e atores sociais que garantam o princípio do pluralismo. Há que se criar um conjunto de práticas, regras e critérios que influenciem de maneira positiva as condições subjacentes de desigualdades sociais, ampliando as possibilidades de participação aos setores historicamente excluídos e garantindo a expansão das oportunidades iguais de participação para a concretização do controle social democrático.

Há necessidade de haver um olhar mais cauteloso acerca das promessas e expectativas que a participação da sociedade civil nesses espaços sugere: *“a participação de atores e/ou setores da sociedade civil não garante, por si própria, a reversão de uma lógica de poder em direção ao aprofundamento da democracia”* (LÜCHMANN, 2002, p. 46). No entendimento desta autora é preciso qualificar essa participação e apurar os elementos constitutivos de uma efetiva reformulação nos mecanismos de decisão.

Existem ainda outros fatores impeditivos do bom andamento desse processo participativo e que se apresentam como bastante complexos, envolvendo questões de natureza política, econômica, social e cultural. Eles dizem respeito a uma sociedade *“estruturalmente assentada sobre os pilares do clientelismo, do autoritarismo e das desigualdades sociais”* (Ibidem).

As principais dificuldades apontadas pela literatura que analisa as experiências dos Conselhos destacam problemas tanto na esfera estatal (o poder local) quanto na esfera da própria sociedade civil. Entre os principais obstáculos: *“a cultura autoritária, a falta de qualificação das representações tanto na área governamental como da sociedade civil, vetos governamentais e mecanismos de obstrução e inviabilização das resoluções dos Conselhos, carência de informações, falta de recursos e autonomia, conflitos de interesses no campo da sociedade civil, precária articulação com as bases e as amarras burocráticas”* (Ibidem).

No que se refere aos processos de implementação dos Conselhos Gestores, houve considerável avanço e a conquista de espaços como resultado de lutas travadas para sua efetivação. No entanto a autora ressalta uma série mais detalhada de problemas encontrados que dizem respeito a uma

multiplicidade de fatores, que vão desde a postura do Estado - e seus mecanismos de cooptação, esvaziamento e controle - até as dificuldades derivadas do campo da organização e representação social. A autora resume assim a relação de problemas encontrados na implantação/implementação dos Conselhos, de uma maneira generalizada:

Ameaças e intimidações, cooptação, controle, clientelismo, não reconhecimento público, apêndices da administração, esvaziamento, descontinuidade, corporativismo, personalismo, diferenças de saber, auto-representação, fragmentação, carência de recursos e infra-estrutura, falta de autonomia, desigualdade sociais, elitismo, burocratização, desmotivação (LÜCHMANN, 2002, p. 61).

Embora cada experiência apresente especificidades e características próprias e locais, percebe-se *“uma recorrência de dificuldades que conferem um importante grau de generalidade”* (LÜCHMANN, 2002, p. 61). Para a autora, estas dificuldades tendem a bloquear um processo de sustentabilidade virtuosa e têm relação não apenas com a maior ou menor capacidade e vontade política - tanto do Estado como da sociedade civil - quanto também com o fato de estarem ancoradas, de maneira geral, em um desenho ou formato institucional que parece ser fator limitativo no estabelecimento de um processo de aprofundamento da democracia.

É importante ressaltar que os Conselhos se inserem em um paradigma de participação institucional através de uma especificidade que, *“... advinda dos vários empreendimentos e lutas coletivas, caracteriza-se pela sua regulamentação legal, imprimindo, portanto, um caráter de obrigatoriedade à participação da sociedade civil”* (LÜCHMANN, 2002, p. 62). A correlação de forças presentes no nível nacional, que motivou e mobilizou a sociedade civil para a criação dos Conselhos durante a Assembléia Constituinte de 1988 não pode ser considerada com a mesma intensidade nos contextos dos níveis locais em que acontece a instalação dos Conselhos nos vários municípios e estados do país. Ou seja, o fato de ser uma exigência legal passa a ser um fator determinante de mais ou menos mobilização e assim, os Conselhos transformam-se em simples estruturas governamentais com finalidades e possibilidades de servirem a outros interesses que não os da coletividade que representam.

Finalizando este capítulo entendemos que para os objetivos desta pesquisa as duas instâncias deliberativas e de caráter participativo e democrático que influenciaram e tiveram marcante participação na gestão da Política de Saúde Mental são as Conferências Municipais de Saúde e a Conferência Municipal de Saúde Mental ocorridas dentro do período delimitado para o trabalho (2001 - 2004) e, em um grau menor, mas, não menos importante, o Conselho Municipal de Saúde. São estes espaços, além da participação fundamental do grupo de trabalhadores em saúde mental, onde a participação da sociedade civil é seguramente mais visível e objetiva, que devem se efetivar as conquistas da atenção psicossocial no âmbito do município e, é isto que procuraremos analisar ao longo do desenvolvimento deste estudo.

CAPÍTULO 4

A SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU

4.1 Um resgate da história: dos anos 1980 aos dias atuais

Neste capítulo apresentaremos um breve histórico da assistência em saúde mental tal como ela se estruturou no município de Blumenau ao longo dos anos. Para tanto, é importante ressaltar que os fatos aqui relatados são baseados na experiência vivenciada pela autora na sua trajetória como servidora pública na Secretaria Municipal de Saúde desde 1993. Neste período desenvolveu atividades de caráter técnico como enfermeira psiquiátrica do CAPS II (1993 - 1998) bem como atividades de caráter administrativo e gerencial, ocupando as funções de Coordenadora Municipal da Política de Saúde Mental (período 2001 - 2004) e Superintendente de Atenção à Saúde (período 2001 - 2004). Evidentemente, existem relatos que também embasaram a contextualização da trajetória da saúde mental no município. Estes relatos estão em documentos como os Relatórios das Conferências Municipais de Saúde e da Conferência Municipal de Saúde Mental, Plano Municipal de Saúde entre outros.

Ao longo dos anos, a assistência em saúde mental no município de Blumenau passou por diversos momentos, com aspectos positivos e negativos, inerentes aos processos de implantação e implementação da assistência à saúde das populações no Brasil, até consolidar-se como uma política pública, com espaço na agenda do setor saúde.

Estes momentos podem ser descritos como ações que se constituíram de acordo com as metodologias, correntes teóricas e políticas e as possibilidades e interesses de cada gestão municipal, ou seja, de acordo com as prioridades e significados que cada gestor empreendia, as ações eram implementadas (ou não). Assim, ao longo de aproximadamente 16 anos de existência de algum nível de atenção em saúde mental (1988 - 2004), construíram-se serviços de forma desorganizada, sem a necessária preocupação com planejamento, investimentos em recursos humanos e

financeiros, com intervenções sempre geradas de forma centralizada e verticalizada. No mais das vezes, as ações se davam sem maiores participações de outras instâncias como os usuários, familiares ou técnicos, com marcado enfoque centralizador que se limitava a responder às demandas que surgiam de forma espontânea e fragmentada.

A compreensão de que era necessário promover mudanças no modelo de assistência à saúde mental surge a partir de 1995 com algumas iniciativas operacionalizadas não de cima para baixo, como era a prática de então. A própria equipe (ou alguns de seus membros, uma vez que não havia o necessário consenso) mobilizada pelos eventos que aconteciam em nível nacional, iniciou um movimento em direção às mudanças que, no entanto, não logrou êxito do ponto de vista de provocar um impacto que sensibilizasse o gestor e os demais membros da equipe para uma ação mais efetiva rumo às mudanças tão propaladas. Desta forma, não houve o imprescindível envolvimento e o conseqüente investimento em planejamento, financiamento e o estímulo aos debates necessários ao engajamento em uma nova proposta que se apresentava.

Durante os próximos cinco anos (de 1996 a 2000) o que se viu foi um serviço que mesclava procedimentos médicos ambulatoriais em psiquiatria com discretas ações com características de um “serviço substitutivo”. Predominava, ainda, apesar dos esforços da equipe, um enfoque centrado no saber médico, na medicalização e na internação psiquiátrica como elementos dominantes na assistência em saúde mental.

O ano de 2001 é declarado como o ano internacional da saúde mental pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e também no Brasil. Fatos de extrema relevância ocupam o cenário nacional. A Lei 10.216 é promulgada e trás consigo uma série de portarias ministeriais que normatizam, regulamentam e reorientam para o novo modelo de atenção em saúde mental. Neste mesmo ano acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental que vem oportunamente consolidar a nova política nacional de saúde mental (BRASIL, 2004b).

Coincidentemente (ou não) o município de Blumenau também promove a sua “reforma psiquiátrica”, guardadas as devidas proporções se comparadas a realidades vivenciadas em outras regiões do país.

Em outubro de 2001, após algumas mudanças drásticas ocorridas no então Centro de Atenção Psicossocial, a cidade realiza a I Conferência Municipal de Saúde Mental, acompanhando as mobilizações em nível nacional. É um marco histórico que, juntamente com a oficialização da Política Municipal de Saúde Mental, dão início ao processo de implementação de ações em um novo momento da história da saúde mental do município.

4.2 As origens da saúde mental em Blumenau

O município de Blumenau localiza-se na zona fisiogeográfica denominada Bacia do rio Itajaí-Açú, no estado de Santa Catarina. Sua população, de acordo com dados do Instituto de Planejamento Urbano de Blumenau (BLUMENAU, 2001c) é de 287.350 habitantes.

Pela sua localização, população e equipamentos, Blumenau é a principal cidade da região, exercendo sua influência pelos vales do Itajaí-Açú, Itajaí-Mirim e Benedito. O município é membro da Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí – AMMVI – que é formada por 14 municípios, da Microrregião 294, composto por 15 municípios e sede da Região Metropolitana do Vale do Itajaí, com 16 municípios.

A economia da cidade está baseada essencialmente na atividade têxtil, com uma oferta de aproximadamente 68.000 empregos nesta área e aproximadamente 7000 vagas no setor do comércio, o que representa algo próximo de 50% da população economicamente ativa (BLUMENAU, 2001a).

Pensamos ser importante, antes de explanarmos mais detalhadamente sobre a assistência psicossocial no município caracterizar a estrutura da rede municipal de saúde tal como ela se apresentava até o ano de 2004, de acordo com dados do Plano Municipal de Saúde elaborado para o exercício 2001 - 2004.

A rede de saúde do município está estruturada para atender a uma demanda de aproximadamente 500.000 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), aqui considerando a cidade como referência para especialidades médicas e odontológicas, exames e cirurgias de alta e média complexidade. O

município é referência para treze municípios que compõem a região da Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí (AMMVI).

A rede de atenção primária à saúde está distribuída em sete ambulatorios gerais – unidades de saúde compostas por equipes multiprofissionais que realizam ações básicas de saúde para uma população que oscila entre 30.000 e 60.000 usuários, dependendo da dimensão de cada região. É considerada como porta de entrada para o sistema de saúde municipal. Estas sete unidades de saúde estão distribuídas pelo município, acompanhando o princípio da regionalização e hierarquização das ações de saúde.

O Programa de Saúde da Família (PSF), que também compõe a rede de atenção primária, está estruturado em vinte e nove equipes (equipes mínimas de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde) com um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Esta estratégia de assistência à saúde apresenta uma cobertura populacional de aproximadamente 40%, ou seja, em torno de 115.000 usuários são beneficiados com ações estratégicas de promoção, proteção e vigilância em saúde (BLUMENAU, 2001a).

Completando o nível primário de assistência à saúde, existe na rede pública, sete Unidades Avançadas de Saúde. São pequenos ambulatorios que oferecem assistência básica, atendendo uma pequena demanda de usuários residentes em regiões não cobertas por PSF ou geograficamente distantes de outros recursos em saúde e que, progressivamente, estão sendo transformadas em unidades de PSF, passando a funcionar dentro desta lógica, ampliando, assim, a cobertura para aproximadamente 70% da população assistida pela rede de atenção primária (BLUMENAU, 2001a).

A rede de atenção secundária do município está assim organizada: um ambulatorio de referência em especialidades que dispõe das principais especialidades médico/cirúrgicas, odontológicas, serviço social, assistência farmacêutica e exames de média e alta complexidade; um núcleo integrado de atenção ao fissurado lábio-palatal, um ambulatorio de referência em DST/HIV/AIDS com atendimento em regime de hospital - dia e Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT), um centro de coleta, testagem, orientação e apoio ao portador do HIV; um centro de referência materno-infantil e banco de

leite humano; um laboratório de análises clínicas, um laboratório de análises citopatológicas e três centros de atenção psicossocial, ou seja, CAPS II¹⁸, CAPS ad¹⁹ e CAPSi²⁰

Com relação à rede de atenção terciária, o município dispõe de quatro hospitais, três deles credenciados ao SUS e um essencialmente vinculado ao sistema privado, dispondo de convênios com o Sistema Único de Saúde (SUS) para alguns serviços de média e alta complexidade, como por exemplo, o serviço de internação psiquiátrica.

Ações em saúde mental existem no município de Blumenau desde 1988. Nessa época implantou-se na rede pública o Programa de Saúde do Escolar que assistia, com equipe multiprofissional (pediatra, neuro-pediatra, assistente social, psicólogo e fonoaudiólogo), os alunos da rede pública de educação que apresentavam dificuldades de aprendizagem e distúrbios de comportamento próprios da infância. Essa equipe, em sua rotina de atendimento, percebe uma relação entre as dificuldades apresentadas por muitas das crianças e a existência de casos de alcoolismo e conflitos familiares e relacionais dele decorrentes. Agrega-se então, a esta equipe, uma enfermeira psiquiátrica e uma psicóloga, ambas com experiência em dependência química. Cria-se, assim, um serviço de atendimento às famílias dessas crianças, inicialmente limitado aos pais e aos servidores públicos municipais, no ano de 1988, funcionando nas dependências do Hospital Santo Antônio, anexo a então Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social.

No ano de 1989, com o início de uma nova gestão municipal, extingue-se este serviço. Alguns profissionais são remanejados para outras atividades dentro da Secretaria de Saúde e outros são exonerados de suas funções.

Em 1990 a Secretaria Municipal de Saúde retoma o atendimento às pessoas com problemas relacionados ao uso indevido de álcool, voltado exclusivamente aos servidores públicos municipais, com a participação de uma assistente social e uma psicóloga, que atendiam no então Centro Social

¹⁸ Centro de Atenção Psicossocial destinado à assistência às pessoas com transtornos psíquicos severos e persistentes, de ambos os sexos e a partir dos 18 anos de idade.

¹⁹ Centro de Atenção Psicossocial destinado ao tratamento de pessoas com problemas relacionados ao uso indevido de álcool e/ou outras drogas, de ambos os sexos e a partir dos 18 anos de idade.

²⁰ Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil, destinado à assistência a crianças e adolescentes, com transtornos psíquicos severos e persistentes, de ambos os sexos e até os 18 anos de idade.

Urbano Garcia. Com o aumento da demanda surgiu a necessidade de ampliação da equipe e do espaço físico e o atendimento passou a se dar na Unidade Sanitária de Saúde conhecida à época como Centro de Saúde. Ao mesmo tempo, e de forma dissociada, havia no Posto de Assistência Médica (PAM - INAMPS) um médico psiquiatra, exercendo sua clínica de forma isolada e fragmentada sem qualquer tipo de vínculo ou contato com os profissionais que trabalhavam com demandas bastante semelhantes.

Em 1992 o serviço é ampliado, passando a denominar-se Ambulatório de Prevenção e Tratamento de Alcoolismo e Outras Drogas, incorporando-se à equipe uma psiquiatra (recém concursada e que iniciou suas atividades no PAM), uma enfermeira psiquiátrica, mais uma assistente social, uma psicóloga e uma auxiliar de enfermagem, expandindo-se o atendimento às pessoas com outros transtornos psíquicos de todo o município. Nesta ocasião o serviço é coordenado por uma profissional da psicologia.

Entre 1995 e 1996 o ambulatório, já mais estruturado e ocupando um espaço físico mais adequado, passa a denominar-se Serviço de Atenção Psicossocial (SAPS). Em meados de 1996 há uma ruptura entre a coordenação do SAPS e o Secretário de Saúde. Assim, por uma decisão da equipe acatada pelo então Secretário, uma coordenação colegiada, formada por quatro profissionais de diversas categorias assume as funções gerenciais do serviço.

Ainda em 1995 têm início as primeiras atividades da Oficina Terapêutica e a atenção à saúde mental ganha espaço de destaque na política de saúde do adulto, acompanhando as reformas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

No ano de 1996 acontece nova mudança de local e o SAPS passou a chamar-se CAPS, mas sem o devido credenciamento como Centro de Atenção Psicossocial junto ao Ministério da Saúde.

Na mudança de gestão municipal, em 1997, extingue-se a coordenação colegiada e cria-se a coordenação conjunta (um coordenador administrativo e outro técnico), também por uma decisão da equipe acatada pelo novo Secretário de Saúde, que permanece até 2001.

Em setembro de 2002 o CAPS é normatizado como “serviço substitutivo” do tipo CAPS II, tornando-se, assim, um serviço de referência em saúde mental.

Neste mesmo ano o CAPS de adultos se desmembra em CAPS II e CAPS ad (Álcool e Drogas). Este último já está cadastrado, mas continua a dividir espaço físico com o CAPS II. Atualmente, o CAPS ad está em processo de mudança para sua nova sede e estruturando sua equipe.

A assistência à saúde mental da criança e do adolescente marca-se pelo Programa de Saúde do Escolar reiniciado em 1993 (o mesmo havia sido interrompido em 1988) com o objetivo de atender os alunos das escolas da rede municipal com dificuldades de aprendizagem e comportamento. Este serviço tinha marcado caráter de orientação, tendo em vista o reduzido número de profissionais e devido à própria dinâmica da equipe ainda centrada em atendimentos a uma demanda pré-definida, com características bem pontuais do ponto de vista clínico. A maior parte dos atendimentos era feito de forma individualizada e com atividades de orientação nas escolas do município.

Em 1997 passa a se chamar Ambulatório de Referência em Psicologia e Fonoaudiologia, iniciando assim uma nova caracterização de clientela, oferecendo também ações de serviço social, ampliando sua dinâmica de atendimento à criança e ao adolescente, incluindo nos atendimentos a atenção às famílias.

Em 1999 a este serviço é incorporado o Serviço Criança e Saúde, passando a se chamar Núcleo de Atenção Especializada em Saúde Infanto-juvenil (NAES). É neste momento que a demanda atendida passa a ser bastante diferenciada, com características mais adequadas à demanda por atenção psicossocial. Desta forma, o serviço é normatizado como CAPSi (Infanto Juvenil) em setembro de 2002, com a reorganização em seu quadro funcional e em suas atividades de acordo com a portaria 336/01 do MS. Implementando sua estrutura de recursos humanos, o CAPSi passou a contar com psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, enfermeiro e médico, tendo como objetivo principal o atendimento a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e dependência química.

Blumenau conta, atualmente, com três modalidades de CAPS do tipo II: CAPS II, CAPSi e CAPS ad que atendem a demanda exclusiva do município e que compõem a rede de atenção psicossocial de Blumenau.

Desde sua implantação, passando pelos mais variados momentos, obstáculos, dificuldades e avanços, a atenção psicossocial no município está

ainda em fase de construção, mas seguramente apresenta possibilidades de avaliação no sentido de contribuir para sua efetiva consolidação enquanto política pública de saúde.

4.3 Uma avaliação do processo de implantação da política de saúde mental

A implantação da Política de Saúde Mental no município, no nosso entendimento, é consequência de uma série de ajustes desencadeados a partir de tentativas de adequação ou inversão do modelo assistencial em saúde que se deseja ver implantado na cidade. Por inversão do modelo assistencial entende-se não apenas a reorientação das ações em saúde mental, que sigam as diretrizes da Política Nacional. Trata-se de uma mudança nos paradigmas das políticas de saúde em âmbito mais amplo aonde a saúde mental vem inserir-se como componente estratégico desta nova dinâmica da política de saúde.

Evidentemente, quando pensamos em mudança de paradigma ou mais especificamente quando o tema é a inversão do modelo de atenção à saúde vemo-nos diante de situações de conflitos de interesses que são próprios dos processos de construção das políticas sociais. Desta forma, pretendemos apresentar o relato de como estas ações se deram no município, a partir do ano de 2001, fundamentando-nos, como já mencionamos anteriormente, na experiência vivida, nos relatos dos trabalhadores em saúde mental e em documentos que expressam as dificuldades, os obstáculos e os avanços que se sucederam naquele período definido para o estudo.

Desde 1988 as ações em saúde mental eram implantadas a partir de intervenções e ações verticais, centralizadas, de forma muito pouco planejadas e sem a participação do corpo técnico dos serviços existentes. Ou seja, as ações aconteciam a partir de uma demanda gerada de forma espontânea, desorganizada e desarticulada das ações da atenção primária.

Neste contexto também não havia um canal de comunicação entre o serviço e o nível administrativo da Secretaria de Saúde o que por um lado, conferia certo grau de “autonomia”, inclusive de gestão interna do serviço. Por outro lado, esta ausência de comunicação e articulação caracterizava certo “desinteresse” por parte da administração central com as necessidades e

propostas do CAPS que não se via contemplado com a indispensável atenção às suas demandas. Desta forma, com uma equipe bastante heterogênea em termos de qualificação técnica e conhecimento sobre o novo modelo de atenção psicossocial que já se consolidava em outras regiões do país, com variados graus de comprometimento com estas novas propostas e com pouco respaldo da esfera administrativa, o serviço estruturou-se isoladamente, de forma quase que independente, e assim funcionou até meados do ano 2001.

Como a integração com a rede de atenção primária era precária, este serviço (o CAPS) absorvia a demanda indistintamente, independente de apresentar ou não perfil para usuário de serviço de atenção psicossocial. Como consequência, ao longo dos anos o serviço apresentava uma superlotação importante²¹, com quase completo esgotamento de sua capacidade de atendimento, sobrecarregando os profissionais que nele executavam suas atividades. Estas atividades restringiam-se ao atendimento médico psiquiátrico, com enfoque significativamente marcado pela medicalização e internação, atendimentos em psicoterapia individual e de grupo que, dado o excesso de demanda, não supria as necessidades dos usuários e gerava filas de espera que variavam de seis meses a um ano pelo atendimento. Assim, além de pouco resolutiva e eficaz, esta dinâmica de atendimento trazia intenso desconforto aos profissionais da equipe e insatisfação por parte do usuário que não via sua necessidade de atenção adequadamente encaminhada.

Em que pese a pouca articulação entre a rede de atenção primária e o CAPS (serviço de referência pertencente à rede de atenção secundária), a demanda para este serviço é gerada pelo primeiro, ou seja, uma das funções da atenção primária, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) - hierarquização da assistência em níveis de complexidade, descentralização das ações em saúde - já não se fazia cumprir adequadamente, funcionando o nível primário apenas e tão somente como instância de triagem ao nível secundário.

Embora nos pareça fundamental, não nos aprofundaremos aqui em avaliar as causas e as consequências destes procedimentos sob o risco de nos

²¹ Em 2003 foram cadastrados 1.434 novos usuários no CAPS II. Neste mesmo ano foram atendidas neste serviço 3.661 pessoas em diversos procedimentos. Em 2004 o número total de pessoas cadastradas no CAPS II era de 15.300 pessoas (LEITE, 2005).

alongarmos por demais em aspectos que, apesar de importantes, não interferem diretamente nas questões que nos propusemos examinar. No entanto, é importante fazer referência a esta situação que, de certa forma, pela ausência de planejamento e organização, contribuiu para a excessiva demanda encaminhada ao CAPS descaracterizando-o de suas funções de serviço substitutivo. Este fato, aliado a outros que abordaremos mais adiante, fez com que, ao longo de aproximadamente doze anos (1989 -2001), o serviço de saúde mental do município se transformasse em um macro ambulatório, com características fortemente marcadas por ações de baixa resolutividade em termos de atenção psicossocial e ressocialização de sua clientela, com enfoque predominantemente centrado no saber/poder médico psiquiátrico, sem a efetiva participação seja do grupo de trabalhadores em saúde mental seja dos usuários e seus familiares na elaboração ou execução das propostas para a mudança do modelo vigente à época.

O que se observa em Blumenau e devemos enfatizar que isto não é uma prerrogativa do município, acontecendo em grande parte das cidades brasileiras, é uma dificuldade de operacionalização do discurso e da legislação das políticas de saúde mental nascidos dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, no cotidiano dos dispositivos locais. A aplicação da legislação é um entrave crônico em nosso país, onde as leis podem ou não se efetivar, de acordo com vontades políticas, existência de recursos, militância e controle social.

No ano de 2001, a Secretaria Municipal de Saúde, operacionaliza, dentro de sua estrutura administrativa, uma equipe formada por técnicos que tem como principal objetivo monitorar o plano municipal de saúde e reestruturar as ações de planejamento e execução das políticas públicas de saúde. É neste contexto que a saúde mental ocupa, pela primeira vez, espaço bem delimitado no âmbito do setor saúde, passando a ser considerada como estratégica no desenvolvimento da assistência à saúde no município.

Paralelamente a este momento, surgem denúncias e questionamentos acerca de algumas práticas irregulares adotadas pela equipe do CAPS que funcionava completamente dissociado da rede de saúde, como se fora um serviço autônomo. Com relação ao atendimento médico as denúncias davam conta de fornecimento de receitas sem a necessária presença do usuário a

consulta bem como, pacientes com graves transtornos psíquicos que passavam meses sem um retorno ao serviço (não eram acompanhados em psicoterapia ou qualquer outra forma de acompanhamento intensivo). A demora para o atendimento dos usuários, além de práticas abusivas com relação às férias (denúncias de funcionários que, em negociações internas, usufruíam até dois períodos de férias por ano), funcionários que não cumpriam seus horários de trabalho ou o faziam de forma prejudicial ao acesso e atendimento dos usuários, funcionários que se ausentavam do seu local de trabalho para prestação de serviços para colegas completavam o quadro grave que se havia instituído²².

Ao tomar conhecimento das sérias irregularidades, a administração da Secretaria de Saúde assumiu um posicionamento efetivo, promovendo remanejamento de funcionários e nomeando um coordenador interino que teria como uma de suas funções apresentar um real diagnóstico da situação instalada para que, a partir dele, se reorganizasse toda a assistência em saúde mental no município, passando por novas contratações, desta vez, permitindo que estas se concretizassem através da análise e entrevistas com os candidatos buscando com isso adequar o máximo possível o perfil dos trabalhadores às novas propostas que se começava a implantar.

Em que pese todo o intenso desgaste gerado por esta crise interna, que envolveu servidores, o nível gerencial e os usuários, podemos considerá-la como deflagradora do processo de reorganização da atenção psicossocial no município que até então era marcada pela inexistência de uma política de atendimento e a conseqüente ineficiência das intervenções e pela falta de compreensão, de alguns membros da própria equipe do CAPS, sobre a natureza e função social dos serviços substitutivos.

Como conseqüência deste novo momento - sanada a crise interna, nomeada uma nova coordenação para o CAPS - e acompanhando os movimentos nacionais em torno da política de saúde mental, em outubro de 2001, o município realiza sua I Conferência Municipal de Saúde Mental cujo

²² Estas denúncias e as suspeitas de práticas irregulares nas questões de ordem administrativa, partiram de alguns membros do grupo de trabalhadores em saúde mental que se sentiam prejudicados e não concordavam com as práticas citadas. Servidores de outras secretarias que tinham demandas afins com o CAPS II, também apresentavam suas reclamações e confirmavam, por exemplo, a emissão de receitas sem a necessária consulta médica no CAPS II.

tema foi “Cuidar Sim, Excluir Não - Efetivando a Reforma Psiquiátrica com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social”, acompanhando a proposta lançada para a III Conferência Nacional de Saúde Mental que se realizaria em Brasília, no mês de dezembro do mesmo ano.

Ainda como desdobramento da I Conferência, usuários e técnicos da equipe agora renovada do CAPS participaram da etapa estadual do referido evento. Num acontecimento inédito até então, neste encontro definiu-se a participação de um usuário, escolhido como delegado do segmento, que representaria o município de Blumenau na etapa nacional da III Conferência de Saúde Mental, em Brasília.

Como acontece ao final de cada etapa, gerou-se um relatório final na I Conferência Municipal, cujas propostas aprovadas apresentamos no anexo B. No entanto, pensamos ser oportuno tecer breves comentários acerca de algumas destas propostas com o objetivo de esclarecer aspectos que consideramos fundamentais no processo que se seguiu a I Conferência Municipal de Saúde Mental.

A primeira proposta que comentaremos é a que diz respeito ao *“redirecionamento dos recursos do Ministério da Saúde, adequando-os ao novo modelo de atenção psicossocial”* (BLUMENAU, 2001b). Até aquele momento, por não existir uma direção planejada e organizada da atenção em saúde mental no município, os aspectos financeiros e de recursos humanos e as questões relativas ao controle social, se davam de forma desarticulada e desvinculada dos mecanismos institucionais aparelhados para dar conta destas questões de forma sincrônica à Política Nacional de Saúde Mental. É a partir deste momento, com a deflagração de algumas mudanças nas dinâmicas internas dos serviços, com a efetiva participação do corpo técnico, dos usuários e da administração da Secretaria de Saúde, através da consolidação da Coordenação Municipal de Saúde Mental, ocorrida ainda em 2001, que têm início a ação mais relevante na busca pela inversão do modelo assistencial em saúde mental no município de Blumenau e que corresponde a proposta de redirecionamento dos recursos do Ministério da Saúde. Inicia-se o processo de cadastramento definitivo dos três Centros de Atenção Psicossocial atualmente existentes, articulando-os oficialmente às diretrizes nacionais de saúde mental. O primeiro a ser regulamentado foi o CAPS II de adultos, em 2002. Cabe

ressaltar que desde 1998 o processo de cadastramento deste serviço estava tramitando entre o município e a Secretaria Estadual de Saúde, responsável pelo encaminhamento destes processos ao Ministério da Saúde. Embora funcionando com o nome de Centro de Atenção Psicossocial, o efetivo cadastramento do CAPS como um Centro de Atenção Psicossocial nível II só se deu em 2002 através da portaria nº 655 de 19 de setembro de 2002 ao qual se seguiu o cadastramento do CAPS I (mesma Portaria do CAPS II). Em seguida, o CAPS ad também teve seu cadastramento efetivado através da portaria nº 715 de 8 de outubro de 2002. O aspecto mais relevante deste acontecimento está na possibilidade de o município passar a receber os incentivos financeiros do Ministério da Saúde especificamente previstos nas Portarias Ministeriais 336 e 189 ambas editadas em 2001 (não apenas estas, mas, em especial estas) desde que regularmente cadastrado. Assim, algumas iniciativas puderam ser operacionalizadas como a produção por APAC²³, a aquisição de equipamentos para os serviços e a melhoria das estruturas físicas dos serviços, oferecendo qualidade e conforto aos usuários e aos técnicos dos CAPS. No entanto, devemos salientar que estas iniciativas não encontraram o apoio esperado e necessário por parte da administração da Secretaria, no início de sua implantação. Surge, assim, outro conflito entre o corpo técnico dos CAPS, em especial dos profissionais do CAPS II, cuja situação apresentava-se como a mais crítica em função do excesso de demanda e das dificuldades encontradas para que efetivamente se cumprisse a função prevista para um Centro daquela natureza. Dentre as principais reivindicações dos profissionais estava a solicitação do investimento integral dos recursos advindos da produção das APAC's em ações específicas de saúde mental. O argumento do gestor municipal dava conta de que tal recurso vindo do Ministério da Saúde entrava no orçamento global da Secretaria de Saúde e que a saúde mental não poderia receber tratamento diferenciado das demais políticas de saúde (no caso de receber os citados recursos). O grupo de trabalhadores, por sua vez, argumentava, fundamentado na legislação vigente e nas propostas aprovadas na I Conferência Municipal de Saúde Mental que

²³ Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade - instrumento que permite o repasse financeiro pela produção de procedimentos como os realizados em Oficinas Terapêuticas na atenção psicossocial.

assim deveria acontecer. Criava-se, desta forma, um importante impasse entre as partes envolvidas sobre o qual voltaremos comentar mais adiante.

Com relação a outra proposta aprovada pela plenária da I Conferência Municipal - “*capacitação de toda a rede de profissionais que atendem a comunidade, enfatizando a atenção primária bem como a atenção secundária*” (BLUMENAU, 2001 a; BLUMENAU, 2001b). - as ações tiveram início no ano de 2003, com a formação de três equipes compostas por técnicos do CAPS II e CAPS ad que trabalharam *in loco* com as equipes de PSF no sentido de capacitá-las e supervisioná-las para as ações básicas em saúde mental. Ao enfocarmos as análises destes processos, abordaremos mais detalhadamente os resultados destas ações com base nos relatórios realizados pelas equipes do CAPS II e CAPS ad ao final da primeira etapa da proposta de descentralização das ações em saúde mental, iniciadas em 2003.

Evidentemente, nem todas as propostas aprovadas em plenária nas citadas conferências puderam ser operacionalizadas em curto prazo, em que pese à relevância e inquestionável necessidade de suas implementações. Uma das mais urgentes ações, surgidas antes mesmo das Conferências, reivindicada principalmente pelo corpo técnico de saúde mental e que foi foco de incontáveis tentativas (todas frustradas pelos mais variados motivos) diz respeito à adequação dos pronto-socorros dos hospitais gerais do município para o atendimento de situações de urgência/emergência em saúde mental. Ficou, assim, evidenciada uma dificuldade nas relações entre o poder público e o setor privado (neste caso, os hospitais gerais) considerando que as negociações não tinham o desfecho favorável ao SUS principalmente no que respeitava aos valores da Tabela SIH/SUS para as internações hospitalares, incompatíveis com os anseios do corpo clínico dos hospitais.

Abordando a participação social nas ações em saúde mental, entendendo este mecanismo como fundamental e como um princípio norteador e desencadeador das reformas sanitária e psiquiátrica, através das intensas mobilizações havidas à época, pensamos que ela deva ser exercida de forma institucionalizada por meio de conselhos, conferências, onde a sociedade se faça ouvir de forma organizada, representativa, participativa e com caráter decisório na elaboração de políticas públicas.

O controle social pode ser considerado como um marco das orientações da reforma psiquiátrica, encontrando suporte na formação de fóruns e associações como as de usuários e de familiares, integrados aos movimentos sociais e aos serviços de saúde mental que representem os interesses não só de seus usuários como de toda a população de um dado território (WENDHAUSEN, 2002).

Em Blumenau estes meios de representatividade civil existem em diversos setores, mas, especificamente no caso do setor saúde, nota-se certa dificuldade na inserção dos usuários e de profissionais de Saúde Mental nestas instâncias. Parece haver um distanciamento nas relações com a comunidade²⁴. Os espaços de inserção são conhecidos, mas não têm sido devidamente ocupados pelos profissionais ou pelos usuários. Em que pese a insuficiente participação de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental neste legitimado espaço (o CMS), em outras instâncias esta participação se deu de forma mais visível e efetiva. Foi o caso da participação do corpo técnico e de usuários na plenária preparatória para a V Conferência Municipal de Saúde, na própria Conferência Municipal de Saúde Mental (2001) e na intensa participação da Saúde Mental na V Conferência Municipal de Saúde (2003). Isto demonstra que as possibilidades existem e que é necessário o exercício permanente e incansável para que o controle social seja definitivamente incorporado ao cotidiano da sociedade como um todo.²⁵

Há que se questionar: o que determina a ausência de participação dos trabalhadores em saúde mental em uma instância como o Conselho de Saúde e, ao mesmo tempo, os leva a uma participação intensa em outra instância - as Conferências Municipais? Aqui, mais uma vez as entrevistas com os técnicos deverão trazer informações que nos permitam uma análise mais aprofundada.

Os profissionais da rede de saúde mental de Blumenau, conforme conclusão do relatório do Planejamento Estratégico em Saúde Mental

²⁴ Comunidade neste texto significa toda a população residente no município, que utiliza o SUS, inclusive aquelas pessoas com transtornos psíquicos e seus familiares (já descritos como usuários) que utilizam os CAPS para fins de atendimento psicossocial em seus diversos procedimentos.

²⁵ A título de ilustração, citamos a frase a seguir, emitida por diversos participantes, para expressar os comentários feitos após a V Conferência Municipal de Saúde (2003) que refletem, ao nosso ver, a intensa participação dos usuários, familiares e profissionais dos CAPS nos debates, discussões, deliberações e votações das plenárias da citada conferência. “A Saúde Mental monopolizou a conferência”.

(BLUMENAU, 2003b), estão conscientes da importância, no contexto de um programa de Saúde Mental em consonância com a Reforma, do apoio à formação e consolidação das associações de usuários e familiares. Existe no município a AFAGUE-ME (Associação de Familiares, Amigos e Usuários do Serviço de Saúde Mental do Município de Blumenau), que é formada, em sua maioria, por técnicos. Contudo, a equipe avalia que a participação dos usuários dos CAPS tem sido positiva, como na Plenária de Saúde Mental, realizada em agosto de 2003, cujo objetivo foi a elaboração de propostas para a V Conferência Municipal de Saúde (BLUMENAU, 2003b).

Acena-se, com isto, para a possibilidade futura de uma associação que contemple os interesses tanto da equipe técnica quanto especialmente dos usuários e seus familiares.

Deve-se ressaltar a preocupação, por parte dos técnicos, por não estar a AFAGUE-ME vinculada muito fortemente a movimentos sociais (BLUMENAU, 2003b). É importante esclarecer que a associação passou, em 2003, por dificuldades que entendemos serem próprias das iniciativas desta natureza. A presença maciça de técnicos e a tímida participação dos familiares e usuários desde o início das suas atividades levaram ao questionamento de sua permanência ou a interrupção de suas atividades. Com isso, optamos por não incluir a associação nos objetivos da pesquisa. Entendemos, também, que este fato por si só, evidencia mais um importante dado a ser pesquisado. No entanto, para os fins desta pesquisa, não teríamos subsídios suficientes para proceder à investigação, considerando a pouca atividade exercida pela entidade naquele momento.

Parece-nos importante ressaltar ainda que, recentemente, Blumenau passou a sediar a Secretaria Administrativa do Fórum Catarinense de Saúde Mental, dividindo esta tarefa com o município de Brusque, em mais uma clara demonstração de que, apesar de ainda tímida, a participação se faz.

Há que se enfatizar também que as políticas públicas sociais em Blumenau têm uma longa e histórica tradição com fortes tendências assistencialistas, próprias das gestões neoliberais que se sucederam no município até 1997. Estas práticas enraizadas na população aliadas às tradições culturais da área da saúde mental se apresentam como fator explicativo da pouca ou tímida participação social na gestão da política de

saúde. Tal prática se pautava, antes do estabelecimento da rede tal como hoje ela está estruturada, por ações de importante caráter paternalista. A população demanda, muitas vezes, um retorno àquelas práticas. Citamos um exemplo: no antigo serviço era comum deixar receitas prescritas para serem entregues aos usuários sem consulta, orientação ou avaliação de suas condições clínicas. A implantação dos CAPS mudou alguns destes procedimentos, promovendo uma tensão entre profissionais habituados às práticas tradicionais e aqueles que as rejeitam e, ainda, entre o corpo profissional como um todo e o público em geral.

Além da ausência de tradição e de exercício de participação popular na gestão das políticas públicas há, em contrapartida, um comportamento que parece ter sido aprendido pelo usuário que, exige o seu “direito”, esquecendo-se, no entanto, de que enquanto cidadão, ele também tem deveres. Esta cobrança marcadamente exercida pelo usuário frente às limitações impostas pela escassez de recursos no setor público, reflete-se diretamente e não raro de forma ostensiva, no cotidiano das relações dos usuários com as equipes de saúde mental. Esta posição de antagonismo entre profissionais e usuários, pode gerar outro tipo de comportamento: o de ceder a determinadas pressões “para se livrar do usuário”, evitando enfrentamentos diretos, situação que gera desconforto, estresse e mina a comunicação interpessoal e a satisfação profissional no atendimento das demandas e, em última instância, comprometendo o engajamento destes segmentos na gestão participativa da política pública.

O ano de 2003 é especialmente importante para a saúde mental no município. A partir de uma demanda surgida dos próprios profissionais dos CAPS e em sintonia com a coordenação municipal, a Secretaria de Saúde acata a solicitação para a realização de um planejamento estratégico em saúde mental. Sob o argumento de que aquilo que era possível de ser efetivado já havia sido feito, tanto pelos técnicos como pela coordenação municipal, visando à mudança do modelo de atenção, restava, agora uma nova ação, que desse novo direcionamento ao modelo vigente. Era necessário, então, que as discussões se ampliassem dadas a complexidade e as dimensões que a Política de Saúde Mental apresentava naquele momento. Assim, em fevereiro de 2003, através de um convênio entre a Secretaria de Saúde e a Fundação

José Boiteux de Florianópolis concretiza-se a contratação de um profissional com larga experiência na área da saúde mental e da saúde coletiva nos níveis estadual e nacional que coordenou ao longo de todo o ano o Planejamento Estratégico em Saúde Mental (PESM).²⁶

De maneira sucinta, descrevemos a seguir as principais etapas desenvolvidas no Planejamento Estratégico. A proposta estabelecida para o desenvolvimento das atividades tinha como objetivos:

Contribuir para a formulação de estratégias para a otimização dos trabalhos em saúde mental; contribuir para melhorar as condições de saúde mental no município; fomentar a melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde mental; ampliar o conhecimento da realidade dos serviços; promover a articulação entre as equipes de saúde mental e as equipes da atenção primária; avançar o conhecimento científico sobre trabalho em saúde mental e avançar o conhecimento científico sobre planejamento estratégico em saúde mental (BLUMENAU, 2003b).

Quanto à metodologia dos trabalhos, o planejamento foi de natureza participativa, com encontros quinzenais ao longo do ano de 2003 (de fevereiro a dezembro), com a participação de praticamente todos os profissionais dos três CAPS. As decisões e deliberações eram concensuadas pelo grande grupo, respeitando-se a privacidade destas decisões.

O Planejamento Estratégico em Saúde Mental trabalhou com cinco eixos centrais - Política Pública de Saúde Mental, Reflexões sobre a prática cotidiana, O processo de descentralização das ações de saúde mental, As relações internas (das equipes de cada CAPS) e o Modelo de Atenção Psicossocial (aquele que se desejava implantar em Blumenau).

De acordo com dados do Relatório Final do Planejamento Estratégico os principais resultados ao final dos dez meses de atividades podem ser assim resumidos:

- Necessidade de formação de equipes de técnicos dos CAPS para realizar capacitação e supervisão em ações básicas de saúde mental à rede de atenção primária, iniciando pelos PSFs;

²⁶ Ao final deste planejamento gerou-se um relatório - Relatório Final do Planejamento Estratégico em Saúde Mental (BLUMENAU, 2003b) elaborado a partir das reuniões entre o grupo de trabalhadores em Saúde Mental dos CAPS de Blumenau e coordenado por um assessor contratado pela Secretaria Municipal de Saúde.

- Realização da plenária de saúde mental, preparatória para a V Conferência Municipal de Saúde e participação efetiva da saúde mental na V Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2003;
- Inserção da saúde mental de Blumenau no Fórum Catarinense de Saúde Mental com a participação dos usuários e dos profissionais de saúde dos CAPS;
- Fortalecimento do grupo de saúde mental com melhor comunicação entre os profissionais dos três CAPS;
- Incremento dos diversos fluxos de comunicação, ampliando e otimizando as comunicações entre os CAPS - rede de atenção primária - nível administrativo e,
- Difusão dos conhecimentos técnicos e científicos sobre as ações em saúde mental, atenção psicossocial para toda a rede de saúde e outras instituições, trabalhando na perspectiva da intersectorialidade (BLUMENAU, 2003b).

Finalizamos este tópico acerca da implantação da Política Municipal de Saúde Mental, citando algumas das considerações finais extraídas do Relatório do Planejamento Estratégico em Saúde Mental que mobilizou intensamente os profissionais envolvidos no sentido de encontrar o melhor caminho (e o melhor caminho nem sempre se percorre com a velocidade desejada) para a consolidação de um novo modelo de atenção psicossocial no município de Blumenau:

Um marco no processo político da Saúde Mental em Blumenau foi a realização da I Conferência Municipal de Saúde Mental, realizada no ano de 2001. A Conferência aprovou várias propostas, algumas das quais estão em andamento, inclusive em fase de implantação. Entre estas se destacam os esforços no sentido da descentralização, da própria estruturação e desenvolvimento dos CAPS e de suas equipes multidisciplinares. Em agosto de 2003 realizou-se a Plenária de Saúde Mental a fim de se referendar propostas da saúde mental para a Conferência Municipal de Saúde. A participação da Saúde Mental nesta Conferência Municipal de Saúde, realizada em setembro, foi marcante. Pela primeira vez a Saúde Mental se apresentou com uma característica articulada de grupo, com propostas definidas, estratégias para viabilização das propostas e exercendo pressões adequadas à colocação destas propostas na agenda para a Conferência Estadual. O grupo da Saúde Mental mostrou um potencial como equipe, surpreendendo outros grupos e ocupando um espaço social importante no cenário político da saúde no município.

A ocupação dos espaços políticos tanto no ambiente interno da Secretaria de Saúde quanto nos ambientes que mediam as relações com os usuários e as comunidades (ex: Fórum Estadual de Saúde Mental, Encontros Regionais de Saúde da Família, etc) apontam para a possibilidade de um maior conhecimento das necessidades locais, bem como para um entendimento maior do funcionamento do trabalho de outras equipes na área da saúde. Trazem, ainda, a possibilidade de um trânsito melhor no terreno intersetorial. Estas práticas, se bem implementadas, podem pavimentar a reorganização do modelo de atenção, trazendo a concretização de novas práticas terapêuticas condizentes com as reais propostas da desinstitucionalização. O fortalecimento da equipe, proporcionado pela utilização dos espaços de discussão criados pelo processo de Planejamento Estratégico, deve contribuir favoravelmente para a motivação, o grau de comprometimento e a ampliação das trocas internas, facilitando, por sua vez, uma melhora das relações entre os profissionais da rede de saúde mental e entre estes e outros profissionais da rede básica, usuários, familiares e comunidades. Com isto cria-se, ainda, mais oportunidades para a exploração de novas alternativas de promoção da saúde e prevenção de problemas mentais, no âmbito do trabalho interdisciplinar e da ação comunitária (BLUMENAU, 2003b).

Todas as ações até aqui relatadas aliadas ao processo do Planejamento Estratégico contribuíram fundamentalmente para a implantação da Política Municipal de Saúde Mental que deu início à efetivação da proposta de inversão do modelo assistencial em saúde mental na rede de saúde do município. Evidentemente isto não significa que a proposta, enquanto política pública de saúde, esteja consolidada. Tal como o próprio SUS, ela ainda é um processo em construção, com os avanços e retrocessos, resistências e conquistas já tão naturais destes eventos. Neste sentido, em que pese a ocorrência de crises e conflitos que geram intensos desgastes e que devem ser entendidos como parte integrante dos processos de mudanças de paradigmas, temos aqui um terreno particularmente fértil, rico não só em questões técnicas e teóricas, mas permanentemente permeados pelos aspectos próprios dos seres humanos lidando com reações humanas que podem contribuir para a definitiva consolidação da saúde mental como uma política social no município de Blumenau.

4.4 Análise da gestão da política de saúde mental

Nosso principal foco de análise é a Política de Saúde Mental implantada no município de Blumenau no ano de 2001. Como relatamos

anteriormente, em maior ou menor grau, ações em saúde mental existem no município desde o final da década de 1980. Apresentamos, de maneira detalhada, utilizando documentos gerados ao longo destes anos, o desenvolvimento do processo que culminou com a implantação da Política de Saúde Mental, processo este que seguramente ainda encontra-se em fase de construção dentro do sistema municipal de saúde.

O estudo realizado é de ordem essencialmente qualitativa associada à análise documental e à análise de entrevistas realizadas com os trabalhadores em saúde mental, para embasar a pesquisa ora apresentada.

É necessário que se registre que, inicialmente, nossa intenção era realizar uma pesquisa quali-quantitativa, abordando os aspectos relacionados aos investimentos em qualificação de pessoal em saúde mental e os investimentos financeiros direcionados às ações empreendidas na Política de Saúde Mental do município. Para que pudéssemos analisar os diversos documentos que fundamentariam a pesquisa, seria necessário ter acesso à Superintendência que gerencia os recursos humanos (Gerência de Pessoal em Saúde), à Superintendência Administrativo-Financeira que gerencia a aplicação dos recursos financeiros oriundos da esfera federal, estadual e municipal e a Superintendência de Gestão e Desenvolvimento Institucional responsável pelas ações de controle, avaliação e auditoria e pelos sistemas de informação SIA e SIH gerados pela rede de saúde e informados ao Ministério da Saúde para então serem enviados os recursos financeiros a que o município tem direito, com base na produção dos diversos procedimentos em saúde. Ocorre que, apesar do nosso foco de pesquisa restringir-se ao período compreendido entre 2001 e 2004 (ou seja, os últimos quatro anos de gestão do Partido dos Trabalhadores), a atual administração da Secretaria de Saúde, na pessoa de seu Secretário a quem encaminhamos a solicitação para o acesso aos documentos necessários à pesquisa, não nos autorizou a consulta aos dados relativos aos investimentos financeiros em saúde. Esta atitude nos obrigou a alterar o foco de nosso estudo, considerando que sem a possibilidade de analisarmos os aspectos financeiros dos investimentos em saúde mental, nosso objeto de pesquisa estaria prejudicado e, portanto, inviabilizado.

A partir de então, optamos por uma pesquisa de base qualitativa e documental, no sentido de investigar em que medida a gestão da Política de

Saúde Mental, da forma como ela se deu em Blumenau, pode ser considerada como uma gestão com caráter democrático e participativo, partindo do ponto de vista dos trabalhadores em saúde mental que participaram do processo de implantação da referida Política, da análise da atas das reuniões ordinárias do Conselho Municipal de Saúde, de relatórios de conferências municipais de saúde e de saúde mental, do relatório final do Planejamento Estratégico em Saúde Mental e de relatórios de atividades elaborados por técnicos dos CAPS.

Como indicadores de resultados para a pesquisa, utilizaremos os sete critérios sugeridos no “Guia de Referência para Conselheiros Municipais - O SUS e o controle social” (BRASIL, 2001a), que expõem as condições necessárias para o adequado funcionamento dos conselhos permitindo, assim, avaliar o nível de participação nestas entidades. Nossa intenção na pesquisa fundamentada por estes indicadores é revelar o estado de democratização e participação na gestão da Política de Saúde Mental. Como nosso objeto de estudo não se aplica ao Conselho de Saúde e sim ao grupo de trabalhadores em saúde mental, sujeitos ativos do processo, torna-se necessário uma adaptação destes critérios para que possamos aplicá-los a realidade que nos propusemos estudar, ou seja, a partir da análise destes indicadores concluir se a gestão da referida política de saúde foi, naquele período, uma gestão democrática e participativa. Para tanto, elaboramos um questionário com treze perguntas que trazem embutidas em si, cada um destes indicadores que serão posteriormente analisados sob a forma de interpretação das respostas e através de planilhas que nos permitirão uma melhor leitura e visualização das respostas associadas aos respectivos indicadores. Por tratar-se de uma pesquisa de ordem qualitativa utilizamos como material a subjetividade de um grupo específico, o grupo e trabalhadores em saúde mental que, de acordo com Bosi e Mercado (2004) parece ser bastante relevante do ponto de vista de um estudo orientado pela epistemologia qualitativa.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares.

Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado e trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001, p.21).

Ainda de acordo com esta autora, a preocupação daqueles que seguem a corrente da Sociologia Compreensiva como metodologia para as pesquisas sociais, não está em quantificar, mas, sim, em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalham com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada. Ou seja, desse ponto de vista, a autora afirma que a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis (MINAYO, 2001).

A abordagem Dialética seria o método mais adequado para o procedimento da pesquisa social porque ela se propõe a abarcar o sistema de relações que constrói, o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que traduzem o mundo dos significados. Desta forma, estariam contemplados nesta metodologia os aspectos quantitativos e qualitativos da pesquisa, sem, contudo, criar qualquer impasse em termos de opção metodológica.

A Dialética pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e dos fenômenos e busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo; e a interioridade e a exterioridade como partes que constituem os fenômenos. Assim, considera que o processo social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações empreendidas pelos atores envolvidos. Compreende uma relação intrínseca de oposição e complementaridade entre o mundo natural e social, entre o pensamento e a base material. Advoga também a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas e/ou “objetos sociais” apresentam. (MINAYO, 2001).

Para a realização da coleta de dados utilizamos técnicas que possibilitaram atingir a máxima amplitude tanto no processo de descrição como no de explicação e a compreensão do objeto de estudo. Estas técnicas são: pesquisa documental e entrevistas semi-estruturadas.

Iniciamos a análise pelos resultados encontrados nos documentos que estudamos ao longo de nossa investigação.

As atas das Reuniões Ordinárias do Conselho Municipal de Saúde evidenciam, em uma leitura mais atenta, uma inexpressiva participação dos

trabalhadores em saúde mental nestes eventos. No período compreendido para a pesquisa - 2001/2004, encontramos poucos registros de assuntos relacionados ao tema Saúde Mental, que tenham sido pauta das discussões daquele Conselho. Foram estudadas quarenta e duas atas de reuniões ordinárias do Conselho Municipal de Saúde, realizadas entre vinte e dois de fevereiro de 2001 e dezoito de fevereiro de 2004. Em apenas quatro delas encontramos assuntos relacionados à saúde mental: no dia onze de maio de 2002 discutiu-se a responsabilidade técnica do CAPS II pela avaliação e acompanhamento do convênio estabelecido entre o CERENE²⁷ e a Secretaria Municipal de Saúde. Nesta reunião, as coordenações dos CAPS se fizeram presentes e o presidente de Conselho, acatando sugestão de um conselheiro, encaminhou o assunto para discussão na Comissão de Saúde, cujo presidente deveria convocar as partes envolvidas para discussão mais detalhada, entendendo tratar-se de tema essencialmente técnico. No dia dezesseis de outubro de 2002 o tema discutido foi o convênio entre o Hospital Santa Catarina e a Secretaria de Saúde para as internações psiquiátricas. Na referida reunião definiu-se que esta questão deveria ser tratada entre os técnicos dos dois serviços, em reunião da Comissão de Saúde do Conselho Municipal de Saúde. No dia vinte e sete de fevereiro de 2003 o Conselho volta a discutir as questões relativas ao credenciamento dos leitos no CERENE e sobre a necessidade de leitos psiquiátricos no município. Mais uma vez, de acordo com o relatório da reunião, entendeu-se ser este um assunto eminentemente técnico, direcionando as discussões para a Comissão de Saúde que convocaria os técnicos dos serviços envolvidos para tratar do tema. Finalmente, no dia três de novembro de 2004 o assunto sobre convênio para internação psiquiátrica volta à pauta do Conselho, desta vez para tratar do credenciamento dos leitos no Hospital Santa Catarina. Sob o argumento de não haver mais interesse daquela instituição em trabalhar com o Sistema Único de Saúde e devido a uma reforma nas dependências da Unidade Psiquiátrica, o hospital solicita seu credenciamento a partir do mês de dezembro de 2004. Nas discussões, duas possibilidades são consideradas: ou o Hospital

²⁷ CERENE - Centro de Recuperação Nova Esperança - entidade de caráter religioso e privado destinada à internação de pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool e/ou outras drogas que mantinha convênio com a Secretaria de Saúde para internações de longa permanência.

Misericórdia ou o Hospital Santa Izabel deveriam assumir as internações mediante estabelecimento de convênio com a Secretaria de Saúde. Por tratar-se de tema de caráter técnico, deliberou-se pelo encaminhamento à Comissão de Saúde do Conselho Municipal.

Cabe salientar que na leitura das referidas atas não encontramos registros de presença de técnicos dos CAPS às reuniões ordinárias do Conselho Municipal de Saúde quando foram discutidos temas pertinentes à saúde mental, exceção feita às coordenadoras dos serviços que se fizeram presentes à reunião do dia onze de maio de 2002. Este dado evidencia a pouca participação dos técnicos nesta importante instância de decisão e deliberação.

As entrevistas realizadas com os trabalhadores em saúde mental ratificam os registros e as observações detectadas a partir da leitura das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, ou seja, de que esta instância de decisão e deliberação não foi adequadamente ocupada por representações da saúde mental no município. Isto fica bastante claro nas respostas dos trabalhadores:

[...] As discussões no Conselho Municipal de Saúde limitam-se a números e a necessidade de leitos para internações psiquiátricas.(Psicóloga)

[...] Quanto à participação no Conselho Municipal de Saúde acho que a saúde mental deixou a desejar... Eu mesma não me lembro de ter ido a uma reunião.(Psicóloga)

[...] acho até que a maioria dos profissionais não conhecia a fundo as funções do Conselho ou de que forma ele poderia contribuir com as questões de saúde mental.(Assistente Social)

[...] nunca fui a uma reunião nem soube de uma reunião que fosse discutir assuntos da saúde mental. Porque? Acho que isso tem a ver conosco, os profissionais.(Psicóloga)

Diante destas constatações, podemos inferir que, embora o Conselho Municipal de Saúde atue no município desde 1991, sendo, portanto uma instância legitimada, atendendo aos pressupostos explicitados para a sua composição e para o seu efetivo exercício, cumprindo as disposições da Lei 8.142/90, com relação à saúde mental, este espaço deixou a desejar em termos de ocupação enquanto espaço de discussão e deliberação mais amplo. Naqueles aspectos de caráter técnico-administrativo, o Conselho cumpriu seu papel. Já enquanto espaço de discussão não exerceu sua função precípua, qual seja, a de fomentar a participação coletiva, neste caso específico, da saúde mental. Fica evidenciado, ainda, o pouco conhecimento das funções do

conselho por parte dos trabalhadores em saúde mental. Aqui, duas possibilidades podem ser consideradas: a primeira, de que existe uma deficiência na informação, articulação e mesmo na capacitação dos trabalhadores para o exercício de ocupação de espaços públicos que possam garantir a discussão e a execução das políticas de saúde. E uma segunda, possibilidade a de que os trabalhadores em saúde mental sintam-se mobilizados e responsáveis pela ocupação deste espaço como seu aliado na implementação das políticas de saúde mental.

Conceitualmente, *“a gestão participativa preconizada pela municipalização da saúde diz respeito à incorporação de atores locais ao processo decisório das políticas de saúde”* (SILVA, 2002, p. 129). Neste sentido, as respostas dos trabalhadores em saúde mental apontam para a necessidade de que esta incorporação seja trabalhada junto aos trabalhadores com o objetivo de qualificá-los ao efetivo exercício e ocupação do espaço propiciado pelo Conselho Municipal de Saúde. Ainda de acordo com Silva (2002) a institucionalização dos conselhos municipais de saúde é a principal estratégia operacional utilizada para promover a participação na gestão. Estes canais permitiram, segundo a estratégia da Reforma Sanitária, que grupos locais, tais como prestadores de serviços, usuários, associações de doentes, entre outros, pressionassem para influenciar na decisão das políticas locais. O que nos parece frágil no grupo de trabalhadores em saúde mental, considerando suas respostas às questões pertinentes a participação no Conselho Municipal de Saúde é a prática desta participação. Desta forma, as discussões e as possíveis pressões para influenciar decisões ficam prejudicadas, praticamente inexistindo. Existe, segundo o grupo, desconhecimento e desinformação sobre seu papel no conselho o que demonstra a necessidade de investimento em qualificação para tal exercício. E isso é responsabilidade do gestor em parceria com o Conselho. Contudo, isso não descarta por si, a responsabilidade do grupo de trabalhadores em saúde mental que reconhece a importância de buscar por seus próprios meios e interesses uma melhor utilização do espaço do conselho, através de iniciativas como participar das reuniões ordinárias que são abertas a toda a comunidade, independente da pauta de discussões contemplar ou não temas específicos da saúde mental.

Os trabalhadores em saúde mental mostram, através da análise de suas respostas, uma semelhança em termos de concepção do que seja uma gestão democrática e sobre as formas de participação democrática em saúde mental. É unânime entre o grupo, que uma gestão democrática em saúde mental deve conter as seguintes características:

[...] participação e partilha dos cidadãos envolvidos direta e indiretamente com a saúde mental; a possibilidade de discussão e reflexão sobre pensamentos opostos e similares; o direito de expressão individual e da coletividade.(Psicóloga)

[...] acho que uma gestão democrática seria desde o planejamento, a elaboração das propostas e sua execução serem realizadas por representantes do governo, dos profissionais e dos pacientes e suas famílias.(Terapeuta Ocupacional)

[...] responsabilizar a todos pela gestão dos recursos, pela elaboração das propostas, pela fiscalização dos investimentos e pela avaliação dos resultados.(Terapeuta Ocupacional)

[...] participação dos trabalhadores e usuários da saúde mental nos conselhos de saúde, reuniões, fóruns e debates que incluam usuários, trabalhadores, gestores e a comunidade em geral.(Terapeuta Ocupacional)

[...] partilhando decisões, responsabilidades, autonomia e que estas decisões sejam efetivadas como direito dos usuários dos serviços.(Psicóloga)

[...] participação dos trabalhadores de saúde mental, dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental incentivando a sociedade a participar desse processo intensamente.(Assistente Social)

[...] autonomia e participação efetiva do coletivo que a envolve; mobilização social através de conferências municipais... Além da transparência na gestão de recursos.(Assistente Social)

Partindo do pressuposto de que a “*democracia deliberativa constitui-se em um modelo político de caráter decisório cuja base é a participação popular na elaboração das políticas públicas*” (LÜCHMANN 2003, p. 165) as respostas expressas pelos trabalhadores em saúde mental dão conta de que em termos conceituais e de concepção há um consenso entre este grupo.

Santos (2002) esclarece que estes processos com a ampliação dos espaços para a participação popular se deram, de forma mais evidenciada, nas gestões de caráter democrático-popular em contraposição a uma maior centralização do poder das gestões neoliberais anteriores às décadas de 1980, 1990 e início do novo século. As respostas do grupo de trabalhadores deixam claro que teoricamente foi possível o exercício da participação democrática em que pese outros pressupostos tão necessários a este exercício. Entendemos assim, que se estes atores definem com propriedade e domínio do conteúdo, as características de uma gestão democrática, certamente houve, naquele

momento, espaços e oportunidades para que eles pudessem pensar, refletir e expressar seus pensamentos com fundamentação tanto na teoria quanto na prática dos serviços aos quais estavam vinculados. Quando questionamos sobre seu entendimento acerca das características de uma democracia participativa, os profissionais mostram-se absolutamente seguros e conhecedores destes pressupostos, o que, no entanto, não lhes garante por si só o amplo exercício na prática cotidiana destes mesmos pressupostos e isto ficará evidenciado na continuidade da análise ora empreendida. No entanto, o que é preciso reconhecer é que o espaço para as reflexões, para as críticas e para a construção de um ideário de participação democrática aconteceu. De outro modo as respostas a estas questões não seriam tão bem fundamentadas como demonstram ser as respostas dos trabalhadores entrevistados.

Da mesma forma, quando questionados sobre as formas de participação democrática que aconteceram ou deveriam ter acontecido nos serviços de saúde mental, as respostas apontam para um nível de conhecimento, informação e críticas adequadas e condizentes com as realidades vivenciadas pelos serviços de saúde mental do município.

[...] poderiam ser instituídos conselhos gestores nos serviços de saúde mental.(Psicóloga)

[...] Há necessidade também de fortalecer as representações da saúde mental em instituições representativas como Conselho Municipal de Saúde, Educação, do Trabalho...(Psicóloga)

[...] Não houve foi uma participação mais ativa dos usuários ou talvez poderia ter sido mais incentivada.(Psicóloga)

[...] a participação dos profissionais foi democrática quando tínhamos espaço para discutir as ações, as propostas, as dificuldades e necessidades dentro de cada uma das equipes.(Assistente Social e Terapeuta Ocupacional)

[...] Talvez fosse mais democrática se o grupo de profissionais junto com os usuários de forma organizada pudessem, além de propor e elaborar propostas, também fiscalizar a aplicação dos recursos, participar mais das decisões sobre os investimentos.(Assistente Social)

[...] Participação nos movimentos sociais, representatividade nos conselhos.(Assistente Social)

[...] Acho que houve participação democrática quando aconteceram as Conferências de Saúde Mental, a última Conferência de Saúde, onde a participação da saúde mental foi visível.(Terapeuta Ocupacional)

[...] o gestor ouvia as demandas trazidas pelo serviço, e em determinadas ocasiões pelos usuários...(Assistente Social)

Os processos de libertação e os processos de democratização parecem partilhar de um elemento comum: *“a percepção da possibilidade de inovação entendida como participação ampliada de atores sociais de diversos*

tipos de processos de tomada de decisão” (SANTOS, 2002, p. 59). Para o autor estes processos implicam a inclusão de temáticas até então ignoradas pelo sistema político, a redefinição de identidades e vínculos e o aumento da participação, especialmente no nível local. Isto fica bastante claro no posicionamento dos trabalhadores em saúde mental, quando relatam as suas percepções acerca do que seria ou de como deveria ser uma participação democrática em saúde mental. Ou seja, o real conhecimento e um aumento nos níveis de participação aconteceram, em especial a partir da mobilização dos trabalhadores que têm igualmente a percepção de que o envolvimento dos usuários não correspondeu às expectativas.

Para analisarmos como os trabalhadores em saúde mental avaliam a gestão da Política de Saúde Mental no período de 2001 a 2004, criamos o quadro a seguir que deverá facilitar a leitura e a visualização das respostas e em seguida permitir uma análise das respostas emitidas pelo grupo pesquisado:

Quadro 1²⁸

Avaliação da Gestão da PMSM²⁹ pelos Trabalhadores em Saúde Mental

Aspectos Positivos	Aspectos Negativos
Ações para fortalecer o atendimento de saúde mental, levando os serviços a terem visibilidade junto à população em geral;	As ações se focalizaram apenas nos serviços de referência, deixando desprovidas desta assistência as ações na Atenção Básica.
A implantação dos CAPS foi um avanço;	Falta de preparo, contratações e estruturação físico-material para a instalação de 2 dos 3 CAPS.
Início de mudanças na forma de gerir uma política de saúde;	Dificuldades em estabelecer uma política financeira própria para os investimentos em saúde mental;
Movimento de abertura e discussão sobre a problemática de saúde mental no município;	Três CAPS atuando de forma fragmentada. Não existiu um trabalho em rede;
Período de estruturação da PMSM;	A percepção de idéia democrática de gestão e não na prática; As coisas aconteceram, sempre com

²⁸ Neste quadro apresentamos um apanhado geral das respostas dos trabalhadores em saúde mental. Portanto, as respostas apresentadas aqui não correspondem às respostas individualizadas de cada trabalhador em saúde mental.

²⁹ Política Municipal de Saúde Mental

	dificuldades, resistências; Alguns queriam a mudança, alguns preferiam a permanência de tudo como estava;
Mobilização de um grupo de trabalhadores que lutava pela qualidade do serviço;	O trabalho empreendido, com sacrifício, conflitos e conquistas não foi o suficiente para consolidar a PMSM;
Conseguimos uma melhoria nas relações com os PSF e com outros setores que atendiam uma demanda semelhante a nossa;	Falta de investimento financeiro.
Início de um movimento no sentido de estruturar e organizar a PMSM;	
A partir de 2001 a saúde mental começou a ter um espaço diferenciado dentro das políticas de saúde,	

Analisando as respostas apresentadas pelo grupo de trabalhadores em saúde mental temos como principais aspectos positivos o entendimento de que houve, através da gestão da Política de Saúde Mental, a ocupação de um espaço importante na agenda de discussões das ações, mudança na forma de gerir uma política de saúde, havendo também a mobilização de um grupo de trabalhadores que buscava qualidade nos serviços de saúde mental. As respostas deixam claro que foi um período de mudanças, que intencionava estruturar e organizar a política recém criada em 2001, quando a saúde mental começa a ocupar um espaço diferenciado dentro das políticas de saúde. Evidencia, também, que os trabalhadores reconhecem um movimento de abertura para as discussões dos principais problemas da saúde mental. E por último, mas não menos importante, as respostas fazem referência às relações com as equipes dos PSF que são os focos principais das ações de descentralização iniciadas em 2003 e que embora apenas iniciadas mostraram resultados positivos. Sobre este aspecto, aprofundaremos as análises mais adiante.

Como aspecto negativo da gestão da PMSM, as respostas do grupo enfatizam a falta de atenção à rede primária enquanto elemento essencial na programação das ações de saúde, ausência de uma política de recursos humanos e financeiros na gestão, falta de articulação e trabalho em rede envolvendo as ações em saúde mental, com os três CAPS atuando de forma fragmentada. Apontam ainda para uma contradição entre a idéia defendida pelo gestor do que seria uma gestão democrática e a prática exercida, as resistências às propostas de mudanças por aqueles que defendiam a

permanência da situação tal como ela se encontrava o que gerava conflitos entre os próprios trabalhadores e, por fim, as dificuldades e entraves à consolidação da PMSM.

Todos estes aspectos ressaltados pelos trabalhadores em saúde mental guardam estreita relação com o ponto de vista de Boaventura Santos, já citado anteriormente onde o autor alerta para os processos de libertação e os processos de democratização que parecem partilhar de um elemento comum: *“a percepção da possibilidade de inovação entendida como participação ampliada de atores sociais de diversos tipos de processos de tomada de decisão”* (SANTOS, 2002, p. 59). Foi o que aconteceu também no município de Blumenau, a exemplo de outros municípios que experimentaram as gestões de carácter democrático-popular, no período de 1997 a 2004 e, mais especificamente, com a Política de Saúde Mental a partir de 2001.

Preocupa, no entanto, as colocações feitas pelos trabalhadores com relação a dois aspectos que os mesmos consideraram como negativos da gestão da Política, quais sejam: o trabalho empreendido, com sacrifício, conflitos e conquistas não foi o suficiente para consolidar a PMSM e, a percepção de ideia democrática de gestão não correspondida na prática. O processo de democratização, segundo Lüchmann (2003), *“implica, de maneira geral, em ampliar e qualificar os espaços públicos de discussão e tomada de decisão”* (LÜCHMANN, 2003, p.167). Portanto, além da criação de uma multiplicidade de atores sociais que se articulam, discutem, questionam temas e problemas na esfera pública, esta democratização exige o fortalecimento do Estado, no sentido de direcioná-lo para a prática da cidadania, da justiça social, favorecendo e estimulando a criação e a ampliação de espaços públicos ocupados por uma multiplicidade de sujeitos com poder de decisão. Ou seja, é necessário, para que se consolide e se legitime a participação de novos atores sociais na gestão da PMSM, que tanto os gestores quanto o grupo de trabalhadores em saúde mental encontrem o denominador comum, vivenciem os conflitos, diferenças e resistências desde que eles sirvam ao amadurecimento destes atores e à consolidação das ações voltadas à coletividade, independente de ideologias partidárias. A democracia deliberativa, segundo Lüchmann (2003) propõe que as decisões sejam o resultado de

discussões coletivas e públicas que se expressam em instituições desenhadas para o efetivo exercício dessa autoridade coletiva.

Diferentemente dos momentos passados, as práticas cooperativas ocupam espaço, sendo que em uma fase menos combativa e mais propositiva, diversos setores da sociedade civil estabelecem relações mais duradouras, conciliadoras e desafiadoras da difícil tarefa de construir instituições efetivamente representativas dos anseios e demandas sociais. Assim, entendemos que o desafio de democratizar a PMSM teve seu início em 2001, contudo, em que pese os avanços, reconhecidos pelos trabalhadores, há ainda muito que construir, este não é um processo estanque e precisa ser permanentemente avaliado no sentido de avançar nas discussões buscando sua consolidação. *“Elemento central é a idéia de que a participação de atores e/ou setores da sociedade civil não garante, por si própria, a reversão de uma lógica de poder em direção ao aprofundamento da democracia”* (LÜCHMANN, 2003, p. 168). É necessária uma qualificação desta participação, e isto também se evidencia nas respostas dos trabalhadores em saúde mental, considerando a complexidade de tais processos, envolvendo questões de natureza política, econômica, social e cultural e que dizem respeito a uma sociedade ainda não acostumada ao exercício da plena democracia, que tem fortes vínculos com os procedimentos de caráter clientelista, é ainda perseguida pelos resquícios do autoritarismo e vivencia uma realidade com extremas desigualdades sociais. No município de Blumenau esta realidade não é diferente. Portanto, há aqui, um importante paradigma a ser superado e esta é uma tarefa que só pode ser desenvolvida com a continuidade das ações iniciadas em 2001, com investimentos, vontade política e envolvimento social.

A participação dos trabalhadores em saúde mental foi considerada como satisfatória pela quase unanimidade dos entrevistados. Apenas uma resposta foi claramente negativa e uma entendida como fraca. Evidentemente, para as respostas de participação satisfatória existem algumas importantes considerações, em especial fazendo referência a questões relacionadas aos seguintes aspectos, assim descritos:

[...] a participação dos profissionais tem a ver com o espaço que lhes é dado, mas também com o interesse destes profissionais. (Psicóloga)
[...] se pensarmos na resolutividade ou na concretização destas propostas ou se lembrarmos das discussões sobre a aplicação dos

recursos na saúde mental aí veremos que a participação, apesar de ter existido, não foi suficiente para garantir a operacionalização destas propostas. (Assistente Social)

[...] Sim... Porque houve um envolvimento e comprometimento das equipes de saúde mental que perceberam a importância e a necessidade de se estruturar a PMSM. (Assistente Social)

[...] a participação não foi plenamente satisfatória porque faltou o engajamento de todo o grupo. (Assistente Social).

[...] Acredito que foi satisfatória considerando a efetiva implementação da PMSM e de toda a mobilização que ocorreu para dar visibilidade à mesma. Ainda assim foi frágil na construção de uma cultura de saúde mental... Porque o movimento restringiu-se aos CAPS. (Psicóloga).

Mais uma vez devemos enfatizar que os processos de implantação de gestão democrática no Brasil são recentes e há igualmente uma série de dificuldades no estabelecimento destes processos sinalizando para um olhar mais cauteloso acerca das promessas e expectativas que a introdução da participação da sociedade civil nestes espaços sugere. É o que as respostas dos trabalhadores demonstram. Há nestes atores, uma grande expectativa de que a participação se dê em todas as suas formas e dimensões, sem contudo, considerar que a consolidação destas propostas envolve questões de ordem política, econômica, cultural, cujas mudanças não se fazem sem uma base absolutamente sólida e pautada na construção de uma rede de participação social aproximando os diferentes níveis de gestão em saúde, articulada ao conjunto de todos os segmentos e atores sociais envolvidos com o processo de fazer saúde (BRASIL, 1990) e sem considerar que também estas possibilidades devem ser construídas ao longo da implantação de uma política pública de saúde.

Há ainda outro fator estratégico da gestão participativa, qual seja, aquele que, voltado ao funcionamento de cada instituição do SUS, promove maior participação dos trabalhadores em saúde, gerando ambientes solidários e novas possibilidades dos vínculos institucionais dos profissionais. Não raro são as situações em que o envolvimento dos técnicos é tal que estes passam a ser os representantes da população, no sentido de participarem efetivamente dos processos decisórios, por serem também detentores de um saber que ainda é restrito ou pouco socializado. Mais uma vez configura-se uma forte semelhança da situação do município de Blumenau com as experiências relatadas na bibliografia consultada.

Excetuando as participações no Conselho Municipal de Saúde que já foram analisadas anteriormente, passamos a considerar os aspectos da participação da saúde mental nos eventos como as conferências, a associação (AFAGUE-ME)³⁰, o Planejamento Estratégico em Saúde Mental e o Fórum Estadual de Saúde Mental do ponto de vista dos trabalhadores que participaram da pesquisa. Para facilitar a compreensão, elaboramos um quadro onde destacamos as respostas que expressam as formas de pensar, as críticas e as reflexões surgidas.

Quadro 2³¹

Conferências	AFAGUE-ME	PESM	FÓRUM³²
Maior mobilização e participação mas, as propostas se realizavam muito lentamente ou não saíram dos relatórios.	Sem resposta quanto a esta entidade.	Ficou nulo e as propostas iniciadas hoje não existem mais.	Sem resposta quanto a este evento.
Houve mais participação da saúde mental. Talvez por serem espaços mais ampliados e mobilizadores, com mais envolvimento das pessoas.	Devem ser vistos como conquistas; há o envolvimento dos usuários e os resultados são partilhados pelo grupo.	Excelente momento e necessário na época. Possibilitou o conhecimento dos profissionais entre si; fortaleceu o grupo; propiciou discussão aprofundada sobre o modelo que se queria para a saúde mental.	Devem ser vistos como conquistas; há o envolvimento dos usuários e os resultados são partilhados pelo grupo.
Espaço onde a saúde mental se destacou, inclusive com a participação de usuários.	É um ponto que precisa ser mais trabalhado no município. A participação popular aqui ainda é pouco cultivada; o povo é meio acomodado, prefere os métodos mais tradicionais. A cultura da coletividade é... morna.	Boa iniciativa; atendeu a uma necessidade dos profissionais que precisavam de um norte.	Espaço importante que deve ser mantido com a participação dos serviços. Espaços para compartilhar as dificuldades.
Precisamos ocupar estes espaços. Já	Sem resposta sobre esta entidade.	Surgiram novas perspectivas na saúde mental de	Considero como conquistas.

³⁰ Associação dos Familiares, Amigos e Usuários dos Serviços de Saúde Mental.

³¹ Neste quadro apresentamos as respostas individuais de cada um dos treze entrevistados. As respostas que se repetem nos diversos quadros são em função da forma como a pergunta foi formulada, ou seja, na pergunta, incluímos os quatro eventos na mesma questão.

³² Fórum Catarinense de Saúde Mental.

avançamos muito, mas se deixarmos, perderemos estes espaços.		Blumenau e até mesmo a construção de um histórico e uma identidade dos serviços.	
Estes espaços foram parcialmente ocupados tanto pelos profissionais como pelos usuários. Poderiam ter sido melhor ocupados e talvez, teríamos conseguido avançar em alguma questões.	Estes espaços foram parcialmente ocupados tanto pelos profissionais como pelos usuários. Poderiam ter sido melhor ocupados e talvez, teríamos conseguido avançar em algumas questões.	Estes espaços foram parcialmente ocupados tanto pelos profissionais como pelos usuários. Poderiam ter sido melhor ocupados e talvez, teríamos conseguido avançar em alguma questões.	Estes espaços foram parcialmente ocupados tanto pelos profissionais como pelos usuários. Poderiam ter sido melhor ocupados e talvez, teríamos conseguido avançar em algumas questões.
Avalio a participação nestas instâncias como boa porque os profissionais, familiares e usuários se envolveram durante o processo.	Avalio a participação nestas instâncias como boa porque os profissionais, familiares e usuários se envolveram durante o processo.	Avalio a participação nesta instância como boa porque os profissionais se envolveram durante o processo.	Avalio a participação nestas instâncias como boa porque os profissionais, familiares e usuários se envolveram durante o processo.
A participação daqueles que estavam comprometidos e queriam contribuir foi positiva. O grupo se mobilizou e obteve conquistas importantes.	Sem resposta a este item.	A participação foi satisfatória porque envolveu alguns profissionais e não os serviços como um todo.	Houve boa participação no fórum tanto dos profissionais como dos usuários.
Foi quase que em massa a participação dos trabalhadores da saúde mental nas conferências.	O acesso era democrático, muito estimulado por alguns trabalhadores.	A maioria participou ativamente.	Teve participação, inclusive de usuários e familiares.
A participação foi ativa e propositiva.	As assembleias de cada serviço são um bom exemplo de participação.	Foi um bom momento de reflexão e boa oportunidade para o grupo se conhecer e, com isso, se fortalecer.	A participação foi ativa e propositiva.
Foram o grande espaço que a saúde mental teve para se posicionar e propor mudanças.	Sem resposta a este item.	Foi uma oportunidade de crescimento, reflexão e proposições; permitiu ao grupo conhecer suas fragilidades e suas forças.	Espaço importante para conhecermos outras realidades, mostrarmos o que temos e envolver os usuários.
Avalio esta participação como positiva porque os profissionais, familiares e usuários se envolveram durante o processo e foi aberto espaço para que isso	Percebemos que os familiares e usuários conseguiram compreender a importância de ocupar e participar destes espaços.	Sem resposta a este item.	Aqui também a participação foi muito boa.

acontecesse.			
Acho que houve pouca participação dos trabalhadores da saúde mental em eventos tão significativos como estes.			
A participação foi decisiva para a saúde mental.	A participação foi decisiva para a saúde mental.	A participação foi decisiva para a saúde mental.	A participação foi decisiva para a saúde mental.

A representação da população brasileira organizada em entidades surge pela primeira vez na VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986 e, desde então, a participação de usuários ampliou significativamente. A partir da IX Conferência Nacional de Saúde, em agosto de 1992, os delegados representantes dos usuários passaram a constituir metade dos participantes e em cada conferência, a qualidade da representação vem sendo aprimorada o que caracteriza como definitivo o lugar ocupado pela sociedade civil nos espaços de definição, decisão, implantação e implementação de políticas públicas de saúde no Brasil (SCOREL, 2004). Relacionando as considerações desta autora às percepções dos trabalhadores quanto à participação nas conferências, podemos observar que em Blumenau no período de 2001 à 2004 esta participação se deu de forma satisfatória, embora devamos reconhecer que em termos de intensidade ainda não atingiu o nível desejado, de acordo com os trabalhadores em saúde mental. Existe ainda o fator impeditivo do bom andamento desse processo participativo e que se apresentam como bastante complexos, envolvendo questões de natureza política, econômica, social e cultural. Eles dizem respeito a uma sociedade *“estruturalmente assentada sobre os pilares do clientelismo, do autoritarismo e das desigualdades sociais”* (LÜCHMANN, 2002, p.46). Percebemos nas respostas dos trabalhadores que em Blumenau, o exercício do controle social é ainda incipiente e estes mesmos trabalhadores detectam esta fragilidade e a caracterizam como “falta de exercício de participação” ou “o nosso usuário precisa ser ensinado e estimulado a participar”. Apesar disso e da recente inclusão da saúde mental nos espaços de discussão, a análise aponta para um ganho importante em termos de espaço que caberá, agora, aos grupos organizados legitimarem através da manutenção e ampliação do exercício de

participação. A participação da Saúde Mental na Conferência Municipal de Saúde, realizada em setembro de 2003, foi marcante. Pela primeira vez a Saúde Mental se apresentou com uma característica articulada de grupo, com propostas definidas, estratégias para viabilização das propostas e exercendo pressões adequadas à colocação destas propostas na agenda para a Conferência Estadual. O grupo da Saúde Mental mostrou um potencial como equipe, surpreendendo outros grupos e ocupando um espaço social importante no cenário político da saúde no município. Estas conclusões, extraídas do Relatório Final do Planejamento Estratégico em Saúde Mental (BLUMENAU, 2003b) ratificam a percepção dos trabalhadores com relação à ocupação de espaços de participação com o objetivo de propor mudanças para o novo modelo de atenção psicossocial que se desejava implementar no município.

Quanto à participação da AFAGUE-ME neste processo, do ponto de vista dos trabalhadores, a associação desempenhou papel importante, necessitando de apoio para o seu fortalecimento. Os autores estudados revelam que a participação de usuários e familiares é recente no país, iniciando há pouco mais de 15 anos, em especial nos grandes centros urbanos e acompanhando as mobilizações nacionais de movimentos como os da Luta Antimanicomial. Em Blumenau, a mobilização para a criação da associação partiu dos trabalhadores e sempre teve forte vinculação com este grupo. A equipe avalia que a participação dos usuários dos CAPS tem sido positiva, como na Plenária de Saúde Mental, realizada em agosto de 2003, cujo objetivo foi a elaboração de propostas para a V Conferência Municipal de Saúde (BLUMENAU, 2003b). Nas Conferências de Saúde Mental (2001) e de Saúde (2003), apresentou-se de forma organizada e articulada ao grupo de trabalhadores, buscando a aprovação de propostas para viabilização das mudanças na saúde mental do município.

Quanto ao Planejamento Estratégico em Saúde Mental, a maioria do grupo avalia como positiva e como uma conquista que possibilitou o conhecimento do grupo como um todo, suas fragilidades e potenciais, permitindo o debate amplo e aprofundado sobre o modelo de saúde mental que se propunha para o município. Surgem também, críticas a morosidade na implementação das deliberações que dele surgiram e a não participação da rede de atenção primária e dos usuários no processo.

De acordo com dados do Relatório Final do Planejamento Estratégico (BLUMENAU, 2003b) os principais resultados ao final dos dez meses de atividades apresentam resultados otimistas, em que pese a percepção de alguns técnicos sobre a não operacionalização das ações que dele derivaram. A necessidade de formação de equipes de técnicos dos CAPS para realizar capacitação e supervisão em ações básicas de saúde mental à rede de atenção primária, iniciando pelos PSFs tiveram início no segundo semestre de 2003, ainda que de forma incipiente e sem a necessária continuidade. A realização da plenária de saúde mental, preparatória para a V Conferência Municipal de Saúde e a participação efetiva da saúde mental na V Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2003. A inserção da saúde mental de Blumenau no Fórum Catarinense de Saúde Mental com a participação dos usuários e dos profissionais de saúde dos CAPS se efetivou e foi avaliada como uma importante conquista da saúde mental de Blumenau, inclusive com a participação de usuários. O fortalecimento do grupo de saúde mental com melhor comunicação entre os profissionais dos três CAPS. A difusão dos conhecimentos técnicos e científicos sobre as ações em saúde mental, atenção psicossocial para toda a rede de saúde e outras instituições, trabalhando na perspectiva da intersetorialidade. (BLUMENAU, 2003b). Este último resultado parece mais complexo e não dispomos de subsídios para analisá-lo visto que por ser uma ação mais abrangente necessitaria de acompanhamento sistemático junto a toda a rede de saúde do município.

Tanto as conferências como o Fórum Catarinense de Saúde Mental são as duas instâncias em que, para os trabalhadores em saúde mental, a participação dos usuários se fez mais intensamente. Ao relato dos trabalhadores fica evidenciado que este espaço foi uma conquista e que trouxe a oportunidade de trocar experiências, conhecer as outras realidades, apresentar a realidade vivenciada em Blumenau e partilhar as dificuldades. É visto como espaço conquistado que permite a participação do usuário, necessitando ser ampliado e legitimado. Mais uma vez fica evidente que a ocupação destes espaços, seja por trabalhadores seja principalmente pelos usuários dos serviços precisa, ininterruptamente, ser avaliada e incrementada para que se garanta sua continuidade e a ampliação. Portanto, mais que a garantia pura e simples, é necessário o investimento e o estímulo de gestores e

todos os atores sociais investidos de vontade política e de iniciativas de qualificação para a efetiva participação nestes espaços de discussão e definição das políticas de saúde.

O processo de descentralização no Brasil, como já abordamos anteriormente, adotou a estratégia de fortalecer o poder local a partir da municipalização das políticas sociais, sendo que só recentemente foi introduzida a perspectiva de aumento da autonomia na gestão das unidades prestadoras de serviços. Não diferentemente, em Blumenau as estratégias de descentralização da gestão das políticas sociais também constituem um processo recente e que, em maior ou menor grau, vem sendo construído ao longo dos últimos nove anos, com avanços e retrocessos próprios desta nova modalidade de gestão. Para que as ações em saúde mental pudessem acompanhar as tendências nacionais da municipalização, assistindo a população dentro da lógica de organização do espaço local, havia a necessidade de se consolidar uma efetiva e contínua política de saúde mental que, até o início da década de 1990 não existia de forma sistematizada. Surge daí, a necessidade de elaboração de um diagnóstico da situação da atenção à saúde mental no município, para sistematizar as ações considerando a complexidade e a abrangência que se desejava imprimir para a reorientação do modelo assistencial que vigorava à época. O Planejamento Estratégico em Saúde Mental, iniciado em 2003 tinha como principal compromisso contribuir para a produção de resultados na medida em que deveria se constituir em um instrumento portador de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a permitir a interação com a realidade local, a programação de estratégias e tudo que se faz necessário para operacionalizá-las, com o objetivo de atingir as metas nele estabelecidas. O planejamento participativo em saúde também diz respeito, “à incorporação de novos atores ao processo decisório”. (SILVA, 2002, p. 130). No campo do planejamento em saúde também existem intenções de ampliação da participação nas decisões.

O encontro do planejamento com a política e o reconhecimento do conflito como inevitável na convivência entre indivíduos e os grupos sociais que surge com esse novo paradigma, “abrem espaços para que sistemas de decisão e de participação se aproximem” (SILVA, 2002 p. 131). Fala-se mais, no âmbito da saúde, tanto em “gestão participativa” quanto em “planejamento

participativo”. Assim, *“a formulação das políticas de saúde deixa de situar-se na esfera exclusiva do Estado para abrir-se também ao sistema social”*. (SILVA, 2002, p. 131).

Analisando o ponto de vista dos trabalhadores em saúde mental com relação ao processo do planejamento estratégico, observa-se que o grupo reconhece o espaço como uma conquista e como o lugar que possibilitou a aproximação e o melhor conhecimento dos membros do grupo da saúde mental entre si, permitindo que se percebesse *“quem estava realmente comprometido com as propostas e quem só estava ali para boicotar”*. A possibilidade de construção de um histórico e de uma identidade dos serviços também são apontadas como fatores positivos do planejamento. A necessidade de organização e reestruturação da Política Municipal de Saúde Mental, a abertura de um espaço democrático, de críticas e reflexões sobre o que se tinha e o que se desejava ter foram viabilizados pelo planejamento. Em contrapartida, os trabalhadores avaliam como aspecto negativo a morosidade na implementação das estratégias e propostas que foram definidas no planejamento. A descontinuidade e a limitação da autonomia decisória também fizeram com que o processo fosse caracterizado como *“nulo e as propostas iniciadas hoje não existem mais”*. Outra percepção apontada nas entrevistas foi a seguinte: *“... não houve conclusão do mesmo pelo fato de não ter havido execução de todas as ações, ou seja, o documento foi apresentado e entregue ao gestor, porém não houve uma organização, estruturação dos objetivos que poderiam ter contribuído e definido a real implementação da Política Municipal de Saúde Mental; neste sentido, não houve a necessária continuidade”*. Estas percepções mostram os dois lados de uma mesma gestão e suas dificuldades em atingir as metas e as expectativas embutidas nas caracterizações de uma gestão participativa: ao mesmo tempo em que se possibilita a criação de espaços de decisão, articulação, participação e proposição, no caso da saúde mental, das propostas para a reorientação do modelo assistencial, tem-se como certo também o enfrentamento de estruturas e mecanismos fundamentados em outras lógicas como é o caso clássico do financiamento da assistência à saúde no Brasil. Sabemos que a questão de financiamento no Brasil *“obedece a uma lógica eminentemente econômica, que se sobrepõe à dimensão de política social, seja como conquista dos trabalhadores a esses*

direitos seja como política compensatória das desigualdades sociais. (COHN, 1997, p. 230). É, sobretudo necessário, “*que se reverta a lógica de financiamento na relação do setor público com ele próprio*” (COHN, 1997, p. 241). Na base da discussão está o mecanismo de repasse de recursos entre os governos federal, estaduais e municipais. Em que pese o fato de uma das conquistas fundamentais do movimento da reforma sanitária ter sido a descentralização da saúde, transferindo para o nível municipal responsabilidade pela atenção à saúde de sua população, a estratégia política de sua implementação, configurou-se numa relação entre as esferas de governo caracterizado pelo pagamento por serviços prestados. Como consequência, percebe-se com frequência a transferência de encargos sem a necessária transferência de autonomia para a formulação e gestão da política de saúde em nível local. Tão claro quanto esta questão está para os gestores é a desinformação dos trabalhadores com relação aos entraves e impasses que compõem os meandros do sistema de financiamento da saúde no país. Cabe mais uma vez ressaltar que como parte do processo participativo na gestão da saúde mental necessário e fundamental se faz que todos os atores envolvidos, em especial neste caso, os trabalhadores em saúde mental tenham amplo conhecimento das políticas de financiamento em saúde.

Gerenciar estes dois aspectos, quase que incompatíveis entre si, é o desafio das gestões que defendem a participação democrática nas políticas públicas do país. E Blumenau não foge a esta regra.

Os próximos aspectos a serem analisados dizem respeito à autonomia, à organicidade e a articulação das demandas da saúde mental, a permeabilidade e a visibilidade que a saúde mental apresentou no período de 2001 à 2004, tomando como parâmetro para a análise os indicadores descritos em “O SUS e o controle social: guia de referência para Conselheiros Municipais” (BRASIL, 2001a) editado em 2001 pelo Ministério da Saúde, já citados no Capítulo III, página 85.

Quadro 3³³

³³ Este quadro apresenta as respostas de forma não individualizada, ou seja, as respostas que se assemelhavam foram agrupadas. As perguntas que deram origem a estas respostas são apresentadas no Roteiro para Entrevistas, Anexo A, pg.157 desta dissertação.

AUTONOMIA	ORGANICIDADE E ARTICULAÇÃO	PERMEABILIDADE	VISIBILIDADE
Autonomia foi limitada em função da precariedade dos recursos e pela ênfase institucional dada aos resultados e produtividade.	Fragmentada, ocorrendo entre profissionais ou setores e não como planejamento e ações políticas.	Os CAPS tiveram espaço na agenda do setor saúde, mas as lideranças se desgastaram e sem articulação com a rede básica as ações se restringiram aos CAPS.	Não houve. As conferências foram pouco divulgadas e não atingiram a população como um todo. A participação dos trabalhadores em setores como o Conselho Municipal de Saúde também não era significativo. A participação ficou restrita aos CAPS.
Autonomia foi relativa. O problema maior estava na resolução das propostas. Não se tinha autonomia financeira.	O nível de articulação e comunicação melhorou. Houve um trabalho de aproximação com as entidades.	Com certeza a saúde mental foi vista com outros olhos. Acho que a diferença está no fato de que pudemos discutir.	Isso começou a ser feito, mas não houve a resposta que se esperava da comunidade. As informações precisam ser intensificadas.
Autonomia de definição de estratégias, sim. Autonomia para operacionalizar o que se definia? Tinha, um pouco mais limitadamente. Autonomia financeira, não.	Com algumas instituições as relações são difíceis. As pessoas são imediatistas, querem resolver seu problema rápido.	Acho que houve. O que não tivemos foi tempo para implementar tudo. No serviço público tudo é muito lento, muito burocrático.	Conhecimento amplo, não houve. Até que se assimile a mudança, as novas formas de trabalhar é um trabalho de formiguinha, continuado.
Acredito que a autonomia deixou a desejar, pois os trabalhadores não tinham o poder decisório.	A articulação aconteceu em situações pontuais. Não podemos, no entanto responsabilizar só o setor saúde pela inexistência desta articulação. Acho que houve mais espaço para se trabalhar as articulações e a comunicação intersetorial. Falta compromisso com as demandas de difícil solução. As conferências e o fórum foram importantes espaços de articulação.	Poucos foram os espaços que os CAPS tiveram para discutir suas demandas de uma forma ampliada. O que se tentava era ocupar espaços internos.	Os poucos espaços que existiam não foram estruturados. Grande parte da comunidade parte de um modelo de saúde tradicional, do atendimento para satisfazer suas necessidades individuais e as ações acabam sendo individuais, sem avanços coletivos neste aspecto.
Autonomia no planejamento. A execução e implementação das ações ficaram centralizadas no	Não havia articulação entre os serviços no sentido de organização da intersetorialidade. Os espaços existiram,	Houve vários momentos de discussão entre o gestor, a coordenação municipal e a equipe	Acho que houve um início. Nossa população está muito acostumada a uma maneira tradicional de fazer saúde. Os

gestor. A autonomia financeira nós não tínhamos.	poderiam ter sido mais bem ocupados.	técnica, mas com resolutividade limitada. O problema estava (e continua) no encaminhamento das soluções.	profissionais de saúde têm dificuldades de aceitar a mudança.
Quanto ao planejamento das ações houve autonomia; quanto à execução a autonomia foi limitada.	Para organizar e articular as demandas com outros serviços é fundamental a organização interna da saúde mental e a desconstrução das concepções existentes entre os profissionais com relação à saúde mental e isso foi iniciado; sensibilizou profissionais que começaram a divulgar esta nova idéia, porém não atingiu a todos.	Acredito que houve espaço satisfatório, mas entendo que o resultado destas discussões não propiciou os resultados esperados. Ser ouvido apenas, não satisfaz. O que traz a satisfação é ser compreendido e ver as demandas sendo colocadas em prática.	Houve tentativas. Esta é a mais difícil tarefa dos trabalhadores em saúde mental. Só consigo imaginar uma possibilidade; educação para a população e para os profissionais da saúde como um todo.
Sim, a autonomia foi satisfatória. Se formos avaliar a situação atual, vamos perceber que tínhamos mais espaços de reivindicação e participação.	Apesar das dificuldades com algumas secretarias e entidades as relações e articulações intersectoriais avançaram neste período.	Sim. Pensando nos tempos atuais, a discussão das demandas era muito mais democrática e coletiva. Acho que houve um retrocesso.	Acho que no início houve divulgação, com elaboração de materiais e o contato com a rede básica, outras secretarias e instituições foi intenso e surtiu resultado positivo.
Pouca autonomia para executar o que se discutia, pois a execução ficava centrada no gestor devido à dependência de disponibilidade financeira.	Havia tentativas isoladas de organizar as ações e resolver problemas, mas com muita dificuldade de articulação entre as entidades e instituições.	Houve espaço para as discussões, porém as necessidades não foram atendidas. O grande impedimento era (e continua sendo, um pouco pior agora) a questão dos recursos financeiros.	O conhecimento amplo das propostas não foi divulgado ou discutido. Acho que houve um movimento neste sentido, de iniciar estas ações, mas, isso leva muito tempo. Isso é um processo e ele começou a ser implantado, mas ainda não vimos os resultados práticos.
A autonomia mais ampla deixou a desejar, pois houve participação no processo de planejamento, porém na execução houve pouca participação; ficou centralizada no gestor; faltou tempo e recurso financeiro.	Havia ações personificadas, setorizadas, individualizadas, sem uma articulação maior entre os setores.	Houve espaço para discutir as demandas setorizadas, porém no momento de articular reivindicações das melhorias e propostas sugeridas o gestor mostrou-se insensível às necessidades apresentadas.	Não houve promoção do conhecimento amplo. Entre os serviços e aqueles setores mais diretamente ligados a saúde mental sim. Para a comunidade, não.

Houve autonomia administrativa na gestão dos serviços. Houve em certa medida autonomia política e muito pouco financeira.	Houve articulação e tentativa de organização das demandas de saúde mental porque existia o espaço de discussão e deliberação que era o Setorial Social, que trabalhava na ótica da intersetorialidade. Percebia-se que as ações intersetoriais não se efetivavam enquanto uma rede integrada de serviços. As ações intersetoriais eram pontuais.	A política de saúde mental teve de “brigar” por espaços, inclusive dentro da própria política de saúde municipal. A Política de Saúde Mental propiciou este espaço aos CAPS para discutir as demandas de forma democrática e coletiva.	Houve, sim, canais de comunicação para promover o conhecimento à comunidade. Não saberia avaliar se eram estruturados e se a promoção do conhecimento foi ampla. As propostas de mudanças eram muito abrangentes e fazê-la conhecida da comunidade de forma ampla em curto espaço de tempo... Isso faz parte de um processo... Contínuo e permanente.
---	--	--	---

Procuramos extrair das respostas dos trabalhadores em saúde mental, aqueles aspectos que nos parecem mais propícios para uma análise à luz dos indicadores que adaptamos para identificarmos o grau de democratização e participação que existiu na gestão da Política Municipal de Saúde Mental.

Por autonomia, de acordo com a descrição apresentada no Guia para Conselheiros Municipais e adaptada como indicador para a presente pesquisa, entende-se a existência de condições administrativas, financeiras e técnicas adequadas ao funcionamento dos serviços. É necessário, portanto, a garantia de espaços físicos e de pessoal qualificado para a atenção psicossocial, suporte administrativo e técnico para encaminhar as decisões e realizar estudos, elaborar documentos, projetos e propostas que possam subsidiar as decisões e definições das equipes, dentro da Política de Saúde Mental. Deve haver, ainda, a garantia de recursos financeiros que possam viabilizar a execução da atenção psicossocial no município em sintonia com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

Na percepção da maioria dos trabalhadores houve autonomia para a administração dos serviços, na elaboração de propostas e projetos e planejamento das ações, na definição das estratégias para a atenção psicossocial. Em contrapartida, é quase unânime a percepção de que em termos de autonomia para a execução dos planejamentos e para a

operacionalização das estratégias definidas pelo grupo a autonomia foi bastante limitada. Fica evidenciado nas respostas que não houve autonomia financeira, o que contribuiu para a lentidão ou não efetivação das propostas apresentadas pelo grupo de trabalhadores em saúde mental. É clara, também, a idéia de que a decisão pelos investimentos financeiros que as propostas exigiam, ficaram “*centralizadas no gestor que por sua vez, ficava amarrado a escassez de recursos financeiros*”. Ou seja, a autonomia neste processo pode ser considerada como relativa ou parcial se entendermos que muitas das ações necessárias, planejadas que vinham ao encontro dos anseios de trabalhadores e de usuários e que estavam de acordo com as diretrizes nacionais, não foram viabilizadas.

Cabe ressaltar que a Política Nacional de Saúde Mental prevê, através da Portaria 189/2001 (BRASIL, 2004b), a aplicação dos recursos gerados por APAC de saúde mental, em ações exclusivas na atenção psicossocial. A referida portaria compõe uma série de medidas que redefinem os modelos de atendimento e regulam a forma de financiamento a serem implementados por estes serviços (BRASIL, 2004b), cujo objetivo principal é inverter a lógica do modelo centrado no saber médico e nas internações psiquiátricas para um modelo centrado na atenção comunitária, interdisciplinar e de caráter psicossocial. Os profissionais dos CAPS de Blumenau reivindicavam o investimento integral dos recursos advindos da produção das APAC's em ações específicas de saúde mental. O argumento do gestor municipal dava conta de que tal recurso vindo do Ministério da Saúde fazia parte do orçamento global da Secretaria de Saúde e que a saúde mental não poderia receber tratamento diferenciado das demais políticas de saúde (no caso de receber os citados recursos). O grupo de trabalhadores, por sua vez, argumentava, fundamentado na legislação vigente e nas propostas aprovadas na I Conferência Municipal de Saúde Mental que assim deveria acontecer.

O processo de descentralização da saúde trouxe para o município a responsabilidade pela construção de uma rede de atenção psicossocial que desse conta da demanda de seu território. Este é um processo longo, que exige o envolvimento de atores sociais imbuídos não só das ideologias que o novo modelo traz, mas também do entendimento de que as mudanças de paradigma não se dão de forma mágica e que é necessário a permanente

discussão e negociação para se alcançar o consenso. Mais que isso, num processo de participação democrática a ocupação dos espaços deliberativos e propositivos deve estar no centro de todas as estratégias de implantação das políticas públicas. Desta forma, com relação à autonomia dos trabalhadores em saúde mental podemos considerar duas possibilidades: a primeira, e que já foi anteriormente abordada, aponta para a necessidade urgente de que este grupo, que se fortaleceu ao longo dos anos, conquistou espaços significativos de participação, possa mobilizar-se para ocupar o espaço que reconhecidamente deixou de ocupar: o Conselho Municipal de Saúde, instância de participação, decisão e deliberação, legitimado para respaldar as propostas apresentadas para a execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos de financiamento, respaldado pela Portaria 189/01 (BRASIL, 2004b) e pelas deliberações da I Conferências Municipal de Saúde Mental de 2001 (ANEXO B). E a segunda: a de que a legislação em saúde mental, tal como ela está prescrita, deve ser integralmente cumprida pelo gestor no sentido de, mais do que apenas cumprir a lei, contribuir efetivamente para a inversão do modelo tradicional, possibilitando o investimento financeiro em ações que permitam a estruturação da rede psicossocial no município de Blumenau.

Como já mencionamos no início do capítulo IV, o que se observa em Blumenau e devemos enfatizar que isto não é uma prerrogativa do município, acontecendo em grande parte das cidades brasileiras, é uma dificuldade de operacionalização do discurso e da legislação das políticas de saúde mental nascidos dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, no cotidiano dos dispositivos locais. A aplicação da legislação é um entrave crônico em nosso país, onde as leis podem ou não se efetivar, de acordo com vontades políticas, existência de recursos, militância e controle social. Desta forma os argumentos expressos pelo gestor, embora coerentes, consideradas as complexidades e abrangências da gestão dos escassos recursos financeiros em saúde, não podem, como manifesta o grupo de trabalhadores pesquisados, servir como justificativas à aplicação dos recursos oriundos da produção das APAC em outros setores da saúde que não a atenção psicossocial sob pena de não serem atingidas as metas para esta importante estratégia de reorientação do modelo de saúde proposto para o município. Assim pode ser garantido o

exercício da autonomia partilhada, discutida e concensuada entre gestores e trabalhadores em saúde mental.

Organicidade será aqui definida como a característica necessária à organização interna dos serviços e do grupo de trabalhadores com relação a reuniões de planejamento, estudos, elaboração de projetos, propostas e documentos internos e infra-estrutura básica para estas atividades se desenvolverem. Articulação significa aqui a capacidade que os serviços e seus trabalhadores apresentam para se aproximarem, estabelecerem relações não só entre si, mas também com outros setores da saúde, outras secretarias e entidades que apresentem demandas afins com a saúde mental.

Estes dois indicadores apontam para dificuldades e entraves nas relações tanto dos serviços de saúde mental entre si como destes com as outras secretarias e entidades que lidam com situações e demandas semelhantes. Com relação à articulação entre os serviços, os trabalhadores ressaltam *“uma relação fragmentada, com ações pontuais e individualizadas”*, sem integração enquanto atenção psicossocial. Outro fator importante refere-se às concepções que cada trabalhador tem do modelo de atenção psicossocial, o que também interfere no desempenho enquanto grupo. As divergências puderam ser trabalhadas de forma mais aprofundada no Planejamento Estratégico que, de acordo com os relatos, *“melhorou um pouco as relações e a articulação entre os serviços”*.

A realização de um trabalho de supervisão das equipes para auxiliá-las neste processo de organização interna que envolve mais que do a simples sistematização das ações pode apresentar resultados positivos. No processo de reorientação do modelo assistencial em saúde mental, há que se considerar toda a história, crises e conflitos de interesse que possam estar presentes, determinando concepções divergentes, ideologias, teorias e práticas próprias de cada profissional ou grupo de profissionais que devem ser analisadas, repensadas, respeitadas. O grupo de trabalhadores em saúde mental por si, não teria as condições necessárias para empreender esta ação. Existem possibilidades de operacionalizar, através da elaboração de projetos, convênios com o Ministério da Saúde para a efetivação de supervisão técnica para as equipes de CAPS que incluem o financiamento destas ações. Em princípio, estas estratégias suprem as necessidades das equipes que, diga-se

de passagem, em grande escala nacional, necessitam destas iniciativas para melhor se estruturarem para o exercício amplo da atenção psicossocial.

Os relatos dos trabalhadores em saúde mental evidenciam ainda uma importante dificuldade nas relações e articulações com outras secretarias e entidades cujas demandas são comuns. Os principais entraves citados são com relação à não efetivação das ações de intersetorialidade, os encaminhamentos inadequados de outras secretarias sem prévia discussão das situações, gerando conflitos e desgastes entre as equipes e os diferentes setores. O imediatismo na resolução das situações também aparece como importante ponto de impasse: *“algumas secretarias queriam resolver os seus problemas e pronto”*. São apontados também alguns conflitos de interesses entre as equipes de saúde mental e, em especial, as entidades que trabalhavam com as internações para usuários de álcool e drogas. A falta de compreensão sobre o modelo de atenção psicossocial que estava sendo implementado, a falta de conhecimento sobre a política de saúde mental e as características metodológicas destas entidades se confrontavam com as estratégias da política municipal de saúde mental, gerando estresse entre os trabalhadores envolvidos.

Um aspecto positivo apresentado pelo grupo foi o avanço nas relações e articulações com os PSF do município. Em que pese o fracasso da tentativa anterior de capacitação da rede de atenção primária em ações de saúde mental, ocorrida em 1998, as equipes dos CAPS elaboraram e implementaram a supervisão em mini-equipes (compostas por técnicos das diversas categorias profissionais em saúde mental) às equipes de saúde da família com resultados positivos de acordo com os relatórios gerados nestas atividades, ao longo do ano de 2003. Os principais relatos nestes documentos dão conta de que houve avanço e aproximação favorável ao desenvolvimento das ações em saúde mental na rede de atenção primária. Ambas as equipes (CAPS e PSF) reconhecem que a falta de informação e o desconhecimento acerca das propostas do novo modelo, os mitos que permeiam a doença mental, o preconceito, são fatores que interferem no desenvolvimento da assistência a saúde mental na comunidade e que, quando bem trabalhados, com apoio e supervisão das equipes dos CAPS, este trabalho aponta para resultados plenamente satisfatórios (BLUMENAU, 2003a).

A permeabilidade é definida como a capacidade de os serviços e seus trabalhadores estabelecerem um canal de recepção e encaminhamento das principais demandas, estando atentos às necessidades da atenção psicossocial emergentes na comunidade. Neste aspecto, as manifestações do grupo pesquisado dão conta de que a Política de Saúde Mental possibilitou a abertura de espaços para as discussões e proposições, permitindo que as demandas fossem ouvidas, discutidas, analisadas pelo grupo e pelos gestores. A grande dificuldade, no entanto, está no encaminhamento destas demandas, em especial aquelas que dependiam (e muitas dependiam) da disponibilidade de recursos financeiros para serem efetivadas. Mais uma vez fica ratificado que a disponibilidade de recurso financeiro é condição *sine qua non* para a operacionalização das propostas elencadas para a política de saúde de um modo geral e, mais especificamente, para as ações em saúde mental.

Surgem novamente as deficiências na participação do Conselho Municipal de Saúde aonde, segundo alguns trabalhadores, estas demandas poderiam ter sido discutidas e viabilizadas. Há um reconhecimento de que o Conselho foi um espaço subestimado pelo grupo que hoje, tem esta compreensão.

A visibilidade é definida como condição que se caracteriza pela existência ou pela criação de canais de comunicação por meio dos quais os serviços possam divulgar amplamente suas ações e estratégias para atingirem os objetivos do novo modelo de atenção psicossocial. Envolve desde a divulgação destas ações na mídia escrita e falada, a elaboração de boletins informativos e folders sobre os serviços até a divulgação em eventos, seminários, conferências, conselhos e outros eventos e entidades da comunidade em que haja possibilidade de se abordar o tema.

Para a maioria dos trabalhadores a visibilidade da Política de Saúde Mental não apresentou os resultados esperados por parte da comunidade, embora tenham sido criados espaços, materiais e condições para tal. As principais explicações para esta pouca visibilidade podem ser assim resumidas, a partir das manifestações do grupo:

Conhecimento amplo, não houve. Até que se assimile a mudança, as novas formas de trabalhar é um trabalho de formiguinha, continuado (Assistente Social).

Os poucos espaços que existiam não foram estruturados. Grande parte da comunidade parte de um modelo de saúde tradicional, do atendimento para satisfazer suas necessidades individuais e as ações acabam sendo individuais, sem avanços coletivos neste aspecto (Psicóloga).

Acho que houve um início. Nossa população está muito acostumada a uma maneira tradicional de fazer saúde. Mudar esta concepção é trabalho de longo prazo (Assistente Social).

Os profissionais de saúde têm dificuldades de aceitar a mudança. Houve tentativas, não podemos negar. Esta é a mais difícil tarefa dos trabalhadores em saúde mental. Só consigo imaginar uma possibilidade: educação para a população e para os profissionais da saúde como um todo e, tempo, muito tempo (Assistente Social).

O fator tempo, embora não tenha sido eleito como indicador para a pesquisa aparece em grande parte das respostas e talvez mereça uma análise à parte. Fica ratificado também nas questões de visibilidade que o tempo para se obter respostas às ações empreendidas foi pouco. Evidentemente as pessoas estão se referindo ao período proposto para a pesquisa, ou seja, quatro anos. É compreensível, portanto, que mudanças mais complexas e profundas como as que foram propostas para a saúde mental do município apresentem seus resultados em longo prazo.

O processo de democratização, como comentamos no Capítulo III, *“implica, de maneira geral, em ampliar e qualificar os espaços públicos de discussão e tomada de decisão”* (LÜCHMANN, 2003, p.167). Existe ainda outro fator impeditivo do bom andamento desse processo participativo e que se apresenta como bastante complexo, envolvendo questões de natureza política, econômica, social e cultural. Eles dizem respeito a uma sociedade *“estruturalmente assentada sobre os pilares do clientelismo, do autoritarismo e das desigualdades sociais”* (LÜCHMANN, 2002, p.46). Assim, as respostas dos profissionais com relação às dificuldades em obter resultados vindos da comunidade e evidenciada em outros momentos já abordados na pesquisa se não justificam ao menos explicam a situação. Há que se investir em formação e informação da sociedade como um todo para se consolidar a cultura de participação que, em dadas circunstâncias ainda se apresenta como incipiente no setor saúde. Mais uma vez citando Lüchmann:

Democratizar o Estado e fortalecer a sociedade civil, tornando-a coletivamente densa e atuante são os grandes desafios de um

processo de aprofundamento da democracia que apresenta uma concepção de institucionalidade alternativa a uma perspectiva liberal e “elitista” de democracia, caracterizada como um modelo político, ou como “arranjo institucional”, criados para se alcançar decisões políticas através de uma luta competitiva pelo voto (LÜCHMANN, 2003, p. 167).

O grupo sugere que o conhecimento mais amplo das propostas ficou restrito aos CAPS e àquelas entidades que têm demandas afins com a saúde mental. Apontam as atividades de supervisão das mini-equipes como uma boa oportunidade de divulgar a saúde mental na comunidade desde que este projeto não seja interrompido, ou seja, que tenha continuidade, independente da ideologia partidária de cada momento.

Procuramos, até aqui, associar os aspectos teóricos contidos nos referenciais que fundamentaram esta dissertação aos aspectos práticos, às vivências e percepções dos atores sociais que participaram do processo de implantação da Política de Saúde Mental no município de Blumenau. Para finalizar este capítulo, apresentamos uma breve análise sobre o que pensam estes atores que seria necessário para tornar este processo mais democrático e participativo.

É marcante a percepção de que é necessário ampliar a participação da comunidade. Do ponto de vista do grupo é a participação da comunidade que caracteriza uma gestão democrática, desde que ela esteja preparada para exercer esta participação. Fala-se em “*conscientização política*” de todos, desde os gestores, passando pelos profissionais de saúde, os usuários e, finalmente, a comunidade. Ao mesmo tempo, se expressa nas respostas do grupo de trabalhadores a clareza de que, a democracia e a própria participação são processos em permanente movimento, nada está acabado e sim, em fase de construção. É presente também a idéia de descontinuidade nas políticas de saúde que ocorre, por vezes a cada quatro anos, e que descaracteriza ou desconstrói os projetos do governo anterior, ficando a comunidade à mercê das novas metodologias e ideologias que cada um traz consigo. “*Mas nós, servidores quase sempre permanecemos, então cabe a nós trabalharmos para consolidar as propostas nas quais acreditamos*”.

Embora reconheçam a existência de hierarquia e níveis de complexidade na gestão das políticas públicas e que elas são fundamentais ao exercício da democracia, em sua maioria os trabalhadores ratificam a idéia de

que a lógica da aplicação dos recursos financeiros da saúde mental deve ser repensada e deve haver a participação dos usuários e dos trabalhadores, de forma responsável e organizada, na gestão destes recursos.

O fortalecimento dos espaços já ocupados pela saúde mental enquanto política de saúde e a ampliação e conquista de novos espaços são considerados desafios importantes pelos trabalhadores que percebem a fragilidade do grupo e dos usuários nestas mobilizações. O melhor exemplo desta fragilidade apontada pelos trabalhadores está nas relações com o Conselho Municipal de Saúde que praticamente não aconteceu.

A formação de Conselhos Gestores em saúde mental também é apontada como um importante fator para ampliar as formas de participação. No entanto, alguns trabalhadores não acreditam nesta possibilidade no atual momento político da gestão da saúde.

Por último, mas não menos significativo os trabalhadores sugerem um maior envolvimento de todos os profissionais de saúde mental no processo de consolidação da política municipal. Há relatos de falta de comprometimento, desconhecimento acerca das propostas, do novo modelo que se busca implementar. Isto fica claro na forma como algumas pessoas se comportaram diante das perguntas apresentadas, ou negando-se a responder ou deixando evidente o seu desconhecimento. Existem, segundo respostas dos trabalhadores, motivos bem claros para este não envolvimento: *“a formação acadêmica que não prepara os profissionais para as questões mais políticas”* no desempenho de suas atividades profissionais, *“as perdas salariais do servidor público”* que gera desmotivação, *“uma cultura de não participação”* (herança dos anos de autoritarismo e clientelismo no serviço público) e *“a concepção de serviço público com “emprego estável”* estão entre os principais fatores que interferem no envolvimento e compromisso com as políticas públicas de modo geral e, em especial com as políticas de saúde.

Finalizamos, assim, a presente análise, ressaltando que para a proposta inicial de pesquisa, os dados documentais aliados aos pensamentos e percepções do grupo de trabalhadores em saúde mental fundamentados em suas práticas cotidianas oferecem subsídios suficientes para emprendermos uma análise final. Neste contexto, é preciso compreender que tal como o próprio SUS, também as políticas de saúde, em especial a política de saúde

mental, é um processo que vem sendo construído. Ele não teve início com a promulgação da Constituição Federal, como querem muitos. Tampouco se encerra com a promulgação de leis (neste caso a Lei da Reforma Psiquiátrica 10.216) e todas as portarias que dela se derivaram para reorientar e reorganizar o modelo de atenção psicossocial brasileiro. Não são poucos aqueles dentre nós que insistem em provar que as propostas para o novo modelo em saúde mental estão fadadas ao fracasso, dadas as fragilidades das instituições e ao despreparo das pessoas que acreditam no seu sucesso. Mais do que acreditar nas possibilidades, no entanto, é necessário ter a compreensão de que as reformas sociais que se dão em espaços democráticos são, como já manifestamos anteriormente, lentas por natureza e devemos acrescentar, politicamente difíceis, por vezes, frustrantes, por vezes gratificantes. É assim que se dá a construção da própria democracia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo sobre a democratização e os processos de participação na gestão da Política Municipal de Saúde Mental, além de contribuir para a consolidação deste processo, permitiu, ao longo do seu desenvolvimento, o aprendizado e o aprofundamento teórico sobre os limites e possibilidades pessoais, profissionais e institucionais ao pleno exercício da democracia tal como prescrevem os estudiosos. A sociedade e a política brasileiras são marcadas por uma forte presença do Estado sobre a sociedade e pelas enormes dificuldades enfrentadas na construção da cidadania e participação popular autônoma, conforme o pensamento de Lüchmann (2003) e este pensamento fica evidenciado nos relatos dos trabalhadores em saúde mental que participaram da presente pesquisa. Ou seja, a construção da participação e da ampla autonomia é ainda recente no município para se perceber, na prática, os resultados que a teoria já constatou.

Se nos reportarmos mais especificamente a área da saúde, que não pode ser focalizada isoladamente de outras políticas sociais, considerando suas amplas interfaces, a sua dimensão de universalidade e os fatores históricos, econômicos e políticos que a ela se associam, necessariamente, devemos nos lembrar que, em nível internacional, a crise do modelo centrado no saber/poder médico é antiga e oportunizou em diversos países, um amplo movimento de reformas dos sistemas de saúde.

O Brasil acompanhou e promoveu nas últimas duas décadas do século XX intensas transformações no sistema de saúde, intimamente relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito social e político-institucional.

Nas décadas de 1970 e 1980, os princípios baseados na universalidade das ações, a ênfase na atenção primária, a integralidade da atenção e o controle social na saúde, permearam todas as estratégias para a reorganização dos serviços, incluindo as ações em saúde mental. Nessa mesma época os Movimentos da Reforma Sanitária Brasileira e da Reforma Psiquiátrica, que vão, gradativamente incorporando os movimentos de usuários e familiares, introduzem na agenda do setor saúde as discussões em torno das questões que, na saúde mental, centram-se no processo de

desinstitucionalização e no fim do modelo manicomial e segregador que predominou por longos períodos no Brasil.

O que estes movimentos propunham, em pleno regime autoritário, era que as ações fossem direcionadas basicamente à construção de uma nova política de saúde, agora com características democráticas, considerando a descentralização, a universalização e a participação como elementos fundamentais para a reforma do setor. Não é recente, portanto, a preocupação e o estudo das influências da sociedade nos processos decisórios e nas relações com o Estado. O que há de potencialmente inovador é o papel decisivo que esta relação vem desempenhando, sobretudo no mundo globalizado do século XX e, agora, do século XXI.

Dos difíceis anos 1970 e 1980 aos dias atuais, temos assistido e participado de incontáveis tentativas de democratizar os processos de gestão das políticas sociais, em seus diversos níveis, com variados graus de sucesso, avanços e retrocessos, em todo o país. Assim, ratificamos o posicionamento dos autores aqui apresentados quando dizem que a sociedade brasileira vem se caracterizando não apenas pela consolidação do sistema democrático representativo, como também pela implementação de um conjunto de instrumentos legais que, em grande parte incorporados na Constituição de 1988, possibilitam a implementação de mecanismos participativos na gestão das políticas públicas. Desta forma, para que essas experiências se distingam como uma inovação institucional no caminho da efetivação da democracia deliberativa, faz-se necessário a produção de um conjunto mais amplo e representativo dos diferentes segmentos e atores sociais que garantam o princípio do pluralismo. Há que se criar um conjunto de práticas, normas e critérios que mobilize de maneira positiva as condições subjacentes de desigualdades sociais, ampliando as possibilidades de participação aos setores historicamente excluídos e aqui, enfatizamos as pessoas que padecem de transtornos psíquicos, garantindo a expansão das oportunidades iguais de participação para a concretização do controle social democrático. Não podemos negar que este processo é de difícil construção, sobretudo nas realidades locais, em que pese as iniciativas das gestões de caráter democrático-popular, como é o caso de Blumenau. Os anos 1990, “se

caracterizaram por um movimento muito intenso de atores e forças sociais envolvidos com a invenção partilhada de novos formatos e desenhos de políticas” (TATAGIBA, 2003, p.47). As sucessivas crises esclarece a autora, que têm caracterizado o setor público e o aumento galopante e permanente de demandas sociais por ações do Estado induzem ao questionamento tanto do modelo centralizador e excludente que caracterizava a relação entre o Estado e os beneficiários das políticas públicas, quanto ao questionamento sobre a capacidade do Estado em dar conta destas demandas sociais. Com uma longa tradição histórica de gestões com características fortemente marcadas pelo assistencialismo e pela centralização do poder de decisão, próprias das gestões neoliberais que se sucederam no município de Blumenau até 1997, estas práticas enraizadas na população aliadas às tradições culturais da área da saúde mental se apresentam como fator explicativo da tímida participação social na gestão da política de saúde no que diz respeito à participação da população, ou, no caso da atenção psicossocial, dos usuários dos serviços.

De uma maneira geral, as experiências de participação da sociedade civil na gestão das políticas públicas, têm revelado boa dose de inovação e otimismo frente ao quadro de organização política do país. No entanto, há igualmente uma série de dificuldades no estabelecimento de processos efetivamente democráticos sinalizando para um olhar mais cauteloso acerca das promessas e expectativas que a introdução da participação da sociedade civil nestes espaços sugere: *“Elemento central é a idéia de que a participação de atores e/ou setores da sociedade civil não garante, por si própria, a reversão de uma lógica de poder em direção ao aprofundamento da democracia”* (LÜCHMANN, 2003, p. 168). É necessária, ressalta Lüchmann (2003), uma qualificação desta participação, considerando a complexidade de tais processos, envolvendo questões de natureza política, econômica, social e cultural e que dizem respeito a uma sociedade ainda não acostumada ao exercício da plena democracia, que tem fortes vínculos com os procedimentos de caráter clientelista, é ainda perseguida pelos resquícios do autoritarismo e vivencia uma realidade com extremas desigualdades sociais. Este aspecto pode ser definidor do processo tal como ele se dá em Blumenau. Ou seja, os espaços de participação existem, são reconhecidos pelos trabalhadores, são ocupados com variados graus de intensidade, alguns deles não são

absolutamente ocupados ao mesmo tempo em que são apontados como fundamentais para a legitimação das conquistas e das propostas. Elemento necessário, porém, ainda frágil neste processo e os trabalhadores ratificam esta idéia, é a qualificação para o exercício da participação como forma de rompimento com o paradigma que está posto. Aos atores sociais cabe buscar esta qualificação por seus meios, inclusive com a ocupação daquele espaço próprio para deflagrar este movimento, qual seja, o Conselho Municipal de Saúde. Além disso, pressionar o gestor municipal no sentido de sensibilizá-lo para a importância deste investimento, também pode resultar em ganhos para a saúde mental do município.

Não podemos esquecer que todas as ações e estratégias aqui descritas compõem uma política social, a da saúde, e que esta não é uma ação isolada e unilateral. É, pelo contrário, o resultado das relações contraditórias e conflituosas que historicamente se estabelecem entre capital, trabalho e sujeitos político-sociais. Portanto, os obstáculos e impedimentos na consolidação da Política de Saúde Mental que estão relacionados aos investimentos de ordem financeira merecem especial atenção, em que pese sua escassez, reduções e cortes produzidos pelas políticas de ajuste econômico, a partir das esferas federais atingindo, inevitavelmente, os níveis locais.

As diretrizes para a reorientação do modelo proposto pela Política Nacional de Saúde Mental incluem, de maneira transparente e claramente definida, o redirecionamento do financiamento das ações como meio de incentivar a aplicação destes recursos de forma estratégica à mudança do paradigma hospitalocêntrico. Não se trata de fragmentar a já fragmentada política de saúde mental. Antes, é um mecanismo que vem priorizar como nunca o foi, os investimentos financeiros em ações de alta complexidade em saúde mental, reconhecendo sua importância como acontece em tantas outras áreas da saúde consideradas estratégicas para o novo modelo assistencial que se deseja implementar no país, como por exemplo, as ações e investimentos nas equipes de saúde da família e as ações para a prevenção e tratamento da AIDS, entre outras.

Outro aspecto importante a ser comentado são as questões da intersetorialidade, definidas pelos trabalhadores em saúde mental como difíceis

e conflituosas. Esta metodologia, que ganhou destaque e estímulo como proposta da gestão popular e democrática nos anos 2000 em Blumenau, não conseguiu ainda se consolidar em especial no interior das políticas sociais mais diretamente envolvidas com as ações em saúde mental por diversos fatores. Não teríamos, aqui, espaço e os subsídios necessários à sua análise, nem tampouco é este nosso propósito. Mas, no que concerne a intersectorialidade e a saúde mental, os investimentos em qualificação e ampliação de espaços de discussão entre os setores para se chegar aos objetivos propostos, foram insuficientes. Ou seja, o próprio Setorial Social, concebido sob a lógica da intersectorialidade, de acordo com os trabalhadores não atingiu suas metas, uma vez que *“as ações intersectoriais não se efetivavam enquanto uma rede integrada de serviços do município de Blumenau, mesmo existindo vontade política”*. As ações intersectoriais eram pontuais. Então, o que se vê é a operacionalização (ou tentativas de) de estratégias sem o imperioso e aprofundado conhecimento de suas bases que visam garantir a implantação com sucesso. As respostas dos trabalhadores em saúde mental apontam o resultado: *“o imediatismo e a pressa na resolução de demandas comuns entre os diversos setores, sem o devido aprofundamento das discussões que gerem eficácia e resolutividade das mesmas”*. Em que pese a importância e a necessidade da proposta para dar uma nova dinâmica nas políticas sociais do município, abrindo também mais um importante espaço de participação democrática, suas metas não se cumpriram integralmente, servindo este espaço para dar solução às demandas urgentes de cada um dos setores envolvidos. Cabe ressaltar também que enquanto espaço democrático de participação, elaboração e discussão de propostas, foi limitadamente utilizado pelos trabalhadores em saúde mental, o que aponta para a insuficiente formação e informação acerca das possibilidades de participação na gestão da política de saúde mental.

Ao encaminharmos nossas palavras para o final deste estudo, pensamos ser oportuno esclarecer que não nos compete aqui julgar ou analisar os posicionamentos e pensamentos de forma individualizada para chegarmos a conclusão sobre o nível de democratização que houve na gestão da política de saúde mental entre os anos de 2001 e 2004. Nossa pesquisa, por ser de base qualitativa e dialética, intencionou conhecer aprofundadamente este processo,

identificar os obstáculos e as oportunidades à implantação de uma gestão democrática, para que possam servir de subsídios aos trabalhadores, usuários e gestores no aprimoramento deste tão complexo, amplo e profundo processo que é a construção da participação democrática, em especial no nível local.

Não temos também a intenção de estabelecer parâmetros comparativos dos níveis de participação ocorridos em gestões anteriores ou mesmo na atual gestão da política de saúde mental em Blumenau. No entanto, pensamos ser conveniente fazer alguma referência a este respeito por dois motivos: primeiro, porque indagamos os trabalhadores em saúde mental sobre as suas percepções com relação a possíveis avanços nos processos participativos ocorridos a partir de 2005, ou seja, na atual gestão. E um segundo motivo: entendemos ser importante tecer comentários a este respeito como forma de sugerir questionamentos que possam servir de fundamentos para futuras investigações científicas que venham complementar este trabalho e tantos outros com o intuito de conhecer as realidades vivenciadas, associá-las às teorias e metodologias para, assim, contribuir com o aprofundamento dos processos democráticos no interior das políticas sociais. Para aqueles que se dispuseram a responder esta pergunta, o consenso é de que não houve avanço e, até certo ponto, em determinados aspectos houve um retrocesso. Como exemplos são citadas a perda do espaço de coordenação municipal em saúde mental, as discussões realizadas, quase sempre, por um grupo de profissionais que desconhece ou não apóiam a Reforma Psiquiátrica, a percepção de que a saúde mental não é foco de interesse da atual gestão, um retorno ou ênfase a visão centrada no saber médico e um estilo diferente de gestão em saúde. Estes fatos compõem o processo democrático e denunciam a fragilidade desde a implantação até a consolidação das políticas sociais brasileiras. Não há, ainda, em que pese toda a caminhada histórica de lutas, avanços e conquistas, a garantia de continuidade das ações que lograram êxito, se elas estão vinculadas a ideologias político partidárias. É frágil, na gestão das políticas públicas, a necessária neutralidade de posicionamentos, pensamentos, metodologias que possam permitir que, apesar da freqüente mudança de partidos que governam, as políticas públicas permaneçam isentas destas interferências. Ainda assim, de tempos em tempos, os espaços são criados, podem ser ocupados, as conquistas acontecem, surgem novos atores,

pensamentos e fatos que impulsionam e mobilizam as pessoas. Para cada novo momento, há um novo fato. Ainda que efêmero, deixa algum ensinamento que faz da democracia um permanente processo de aprendizado.

Finalmente, podemos encerrar este trabalho inferindo que a gestão da Política Municipal de Saúde Mental teve, sim, seus momentos de processo participativo e democrático. Na percepção da maioria dos trabalhadores em saúde mental, este foi o período que deu início à estruturação da saúde mental como uma política social. Se não foi com a intensidade e com a velocidade que se desejaria imprimir em sua execução, há que se considerar toda a abrangência e relevância das questões aqui relatadas. Há que se considerar toda a história da loucura e todas as mazelas herdadas ou criadas ao longo de séculos de história. Todas as pessoas envolvidas, em maior ou menos grau, tiveram suas responsabilidades no processo. É preciso aproveitar este espaço e amadurecer as críticas, repensar posicionamentos, permitir a contínua busca pela consolidação das propostas, independente de cores partidárias, porque acima de tudo, em tudo que discutimos e apresentamos aqui está algo maior: o respeito à cidadania e aos direitos daqueles que sofrem com o estigma, o preconceito, a rejeição, o abandono, ainda hoje.

[...] Vivemos num mundo conquistado, desenraizado e transformado pelo titânico processo econômico e tecnocientífico do desenvolvimento do capitalismo, que dominou os dois ou três últimos séculos. Sabemos, ou pelo menos é razoável supor, que ele não pode durar *ad infinitum*. O futuro não pode ser uma continuação do passado, e há sinais, tanto externamente quanto internamente, de que chegamos a um ponto de crise histórica. As forças geradas pela economia tecnocientífica são agora suficientemente grandes para destruir o meio ambiente, ou seja, as fundações materiais da vida humana. As próprias estruturas das sociedades humanas, incluindo mesmo algumas das fundações sociais da economia capitalista, estão na iminência de ser destruídas pela erosão do que herdamos do passado humano. Nosso mundo corre o risco da explosão e implosão. Tem de mudar [...].

Não sabemos para onde estamos indo. Só sabemos que a história nos trouxe até este ponto e...porquê. Contudo uma coisa é clara. Se a humanidade quer ter um futuro reconhecível, não pode ser pelo prolongamento do passado ou do presente. Se tentarmos construir o terceiro milênio nessa base, vamos fracassar. E o preço do fracasso, ou seja, a alternativa para uma mudança da sociedade, é a escuridão (Hobsbawm, 1997, p.562).

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucura, cultura e subjetividade**: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. *In*: FLEURY, S. (org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES, São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 163 - 185.

_____. (org.), **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Ed. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.

_____. P.; ROTELLI, F. **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1992.

BRASIL, Constituição Federal. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS e o controle social**: guia de referência para Conselheiros Municipais./ Eugênia Lacerda, Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Conselho Nacional de Saúde, Brasília: 2001 b.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da XII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. OPAS. Brasília, nov. / 2005.

BOBBIO, N. **O futuro da democracia**. 8. ed, São Paulo: Paz e Terra, 2002.

BOSI, M. L.M.; MERCADO, F.J. (Org). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

CARVALHO, J.M.de. **Cidadania no Brasil**: um longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

COHN, A. **Por onde anda a reforma sanitária?** Teoria e Debate. Rio de Janeiro, n. 48, jun. /jul. /ago, 2001.

_____. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A.C. (org). **Estado e políticas de saúde no neoliberalismo**. 2. ed, São Paulo: Cortez, 1997, p.225 - 244.

COSTA, J.F. **História da Psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 3. ed, Rio de Janeiro: Campus, 1980.

DRAIBE, S.M. A política brasileira de combate á pobreza.In: Velloso, J.P.R. (Coord.). O Brasil e o mundo no limiar do novo século. Rio de Janeiro: José Olympio, v. 2, 1998.

ESCOREL, S. **As conferências de saúde e o processo da reforma sanitária brasileira**. Conasems, n.1, 2004.

FAGNANI, E. **Política social e pactos conservadores no Brasil**. 1964/92. Campinas: Economia e Sociedade, n.8, p. 183 - 238, jun.1997.

FIOCRUZ, História das Conferências Nacionais de Saúde. Centro de Informação Científica e Tecnológica, Disponível em: <<http://www.cict.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=36&infoid=389#>>, Acesso em: 12. Nov. 2005.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

_____, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro 1975.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

HOBSBAWM, E. J. **Era dos extremos**: o breve século XX: 1914-1991. Trad. Marcos Santarrita. 7. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

IANNI, O. **O colapso do populismo no Brasil**. 5. ed., Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1994.

JORGE, M.A.S. **Engenho dentro de casa**: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. 1997. 117 f. Dissertação (Mestrado em

Saúde Pública) - Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1997.

LEITE, J.D. **Antecedentes de desdobramentos da política de saúde mental no município de Blumenau (1998-2005)**. 101 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Políticas Públicas) Univali, 2005.

LÜCHMANN, L. H.H. **Os conselhos gestores de políticas públicas: desafios do desenho institucional**. Ciências Sociais Unisinos, [S.l.]: v. 38, n. 161, p. 43 - 79, jul./dez. 2002.

_____. **Redesenhando as relações sociedade e Estado: o tripé da democracia deliberativa**. Florianópolis: Katálysis, v. 6, n. 2, p. 165 - 178, jul./dez. 2003.

MINAYO, M.C.de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

OLIVEIRA, F.B. Reabilitação psicossocial no contexto da desinstitucionalização: utopias e incertezas. *In*: JORGE, M.S.B. **Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos, 2000.

OPAS/OMS. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, 1996.

PÁDUA, E. M.M. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática**. Campinas: Papirus, 2. ed, 1997.

PEREIRA, L.C.B, Instituições, bom Estado e reforma da gestão pública. *In*: BIDERMAN, C.; ARVATE, P. **Economia do setor público no Brasil**. São Paulo: Campus Elsevier, 2004.

_____. **Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional**. ed. São Paulo: ENAP, p. 251 - 266, 1998.

PESSOTI, I. **O século dos manicômios**. Rio de Janeiro: editora 34,1996.

PITTA, A.M.F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

PUTNAM, R.D. **Comunidade e democracia**: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. *In*: COSTA, N.R; TUNDIS, S.A. (org.). **Cidadania e loucura**: Políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, p. 16 - 73, 1987.

SAMPAIO, J.J.C. **Hospital psiquiátrico público no Brasil**: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. Dissertação de mestrado, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro: UERJ, 1988.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. *In*: PITTA, A.M.F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, Cap. 1, p. 13 - 26, 1996.

SANTOS, B. de S. **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SELL, C.E. **Democracia & políticas públicas**: diversidade temática dos estudos contemporâneos. Itajaí: UNIVALI, 2005.

SILVA, S.F. da. **Municipalização da saúde e poder local**: sujeito, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. *In*: Dagnino, E. (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p. 47 - 103, 2002.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais**: história e conceito. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro: vol. 9(1): 25-59 jan. -abr. 2002.

TORRES, E.H.G; AMARANTE, P. **Protagonismo e subjetividade**: a construção coletiva no campo da saúde mental. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro: v. 6, n. 2, ABRASCO, 2001.

TRIVIÑOS, A. N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. (Org.). **Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**. 7. ed. Petrópolis: Vozes-Abrasco, 2001.

VALENTINI, W., ALVES, D.N. **Política de saúde mental no Brasil**. Serviço de saúde Dr. Cândido Ferreira. 2003. Disponível em <

<http://www.candido.org.br/html/index.php?pg=112>> Acesso em: 22 janeiro 2006.

WENDHAUSEN, A. **O duplo sentido do controle social**: (des) caminhos da participação em saúde. Itajaí: UNIVALI, 2002.

FONTES DE PESQUISA DOCUMENTAL

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2001 - 2004**. Blumenau, 2001a.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Final da I Conferência Municipal de Saúde Mental**. Outubro, 2001b.

BLUMENAU. Instituto de Pesquisas e Planejamento Urbano de Blumenau - IPPUB. **Dados sócio-econômicos de Blumenau e Santa Catarina -2000**. Blumenau, 2001c.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Final da V Conferência Municipal de Saúde**. 2003.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Assessoria às Equipes de PSF** elaborado pelas Equipes dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS II e CAPS ad. Dezembro/2003a.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Final do Planejamento Estratégico em Saúde Mental**. Fev. /Dez. 2003b.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 11/05/2002.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 16/10/2002.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 27/02/2003.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 03/11/2004.

ANEXO A - Roteiro elaborado para a realização das entrevistas com os trabalhadores em saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS de Blumenau, no período de 23 e 24 de março de 2006.

a) Dados de identificação

Há quanto tempo você trabalha na Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau?

Qual o modelo de vínculo empregatício que você mantém com a instituição?

Há quanto tempo você trabalha neste Centro de Atenção Psicossocial?

Qual é a sua formação profissional?

b) Perguntas aplicadas aos trabalhadores, individualmente.

1. Na sua concepção quais são as características de uma gestão democrática em saúde mental?
2. No seu entendimento, quais são as formas de participação democrática que ocorrem (ou deveriam ocorrer) nos serviços de saúde mental do município?
3. Considerando a sua experiência neste serviço no período compreendido entre 2001 e 2004, como você avalia a gestão da Política Municipal de Saúde Mental?
4. No seu entendimento a participação dos trabalhadores em Saúde Mental na gestão da Política Municipal de Saúde Mental foi satisfatória? Porque?
5. Você considera satisfatória a autonomia que o grupo de trabalhadores em Saúde Mental teve no que diz respeito aos processos de planejamento e execução das ações em Saúde Mental no período 2001 – 2004? Explique.
6. Considerando que o Conselho Municipal de Saúde, as Conferências

Municipais de Saúde e de Saúde Mental, a Associação os Usuários e Familiares (AFAGUE-ME), o Planejamento Estratégico em Saúde Mental, o Fórum Estadual de Saúde Mental são espaços de participação e decisão conquistados pela sociedade, como você avalia a participação da Saúde Mental nestes espaços no período de 2001 a 2004? Explique.

7. O Planejamento Estratégico em Saúde Mental – 2003 foi um evento nascido de uma demanda das equipes de trabalhadores em Saúde Mental, no sentido de organizar a assistência e a Política de Saúde Mental no município. Partindo deste pressuposto, como você avalia este evento em seus aspectos de participação, autonomia e poder decisório que dele resultaram?
8. Como você avalia a organização e a articulação das demandas da saúde mental perante as instituições e entidades que apresentam afinidades com as ações em saúde mental, por exemplo, Secretarias de Assistência Social e Criança e Adolescente, PSF, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal Anti Drogas, Fórum Estadual de Saúde Mental, Conferências (nos seus diversos níveis) entre outros?
9. No seu entendimento os Centros de Atenção Psicossocial tiveram espaço na agenda do setor saúde para discutir suas demandas de forma democrática e coletiva? Explique.
10. Houve, no seu entendimento, canais de comunicação estruturados para promover o conhecimento amplo pela comunidade, sobre as ações em saúde mental?
11. A partir da sua experiência neste período (2001/2004) quais os aspectos que você considera que poderiam ter sido mais democráticos e participativos? Que fatores você considera que

tenham influenciado na consolidação da gestão democrática da Política Municipal de Saúde Mental?

12. Na sua avaliação a atual gestão tem avançado na ampliação dos espaços de participação e decisão democrática na Política de Saúde Mental?

13. Que sugestões você apresentaria para contribuir com o processo de democratização da gestão das ações em saúde mental no município de Blumenau?

ANEXO B - Propostas aprovadas na I Conferência Municipal de Saúde Mental de Blumenau.

PROPOSTAS APROVADAS³⁴

1. FINANCIAMENTO E RECURSOS HUMANOS

- a) Redirecionamento dos recursos do Ministério da Saúde, adequando-os a novo modelo de Atenção Psicossocial.
- b) Redistribuição dos recursos destinados exclusivamente à assistência terciária em Saúde Mental para a atenção substitutiva de forma equitativa em todos os níveis de atenção ao sofrimento psíquico.
- c) Redefinição do modelo de assistência centrado na incorporação da atenção à Saúde Mental na Rede Básica, visando à integralidade das ações e serviços existentes com a otimização de recursos disponíveis e a garantia do atendimento referenciado através de núcleos especializados.
- d) Regulamentação, pelo Ministério da Educação, de conteúdos teórico-práticos que atendam ao novo modelo de Saúde Mental (em consonância com a Lei 10.216/2001), permitindo uma efetiva formação acadêmica integrada à Saúde Comunitária para os profissionais da área da saúde.
- e) Propor à FURB uma maior participação nas atividades de Saúde Mental existentes e a implantação através de projetos de extensão de longa permanência em programas voltados a esta área, com contínua e intensa supervisão.
- f) Viabilizar, conforme deliberação da IV Conferência Municipal de Saúde, a implantação do Conselho Gestor dos Serviços de Saúde Mental.
- g) Garantir o atendimento comunitário em Saúde Mental de forma descentralizada, capacitando a Rede Básica.

³⁴ Texto extraído do Relatório final da I Conferência Municipal de Saúde Mental, realizada nos dias 5 e 6 de Outubro de 2001, na cidade de Blumenau, cujo tema central foi “Cuidar sim, excluir não!”

2. CONTROLE SOCIAL

- a) Constituir Comissão Municipal de Saúde Mental, no âmbito do Conselho Municipal de Saúde, segundo portaria já existente, observada a paridade entre usuários, prestadores de serviços, trabalhadores de Saúde Mental e Governo.
- b) A Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde deverá chamar um fórum de Saúde Mental para discutir a Política Pública da área no município e, posteriormente, avaliar a necessidade ou não de integrar com outros fóruns de Políticas Públicas, definindo se terá caráter permanente.

3. DIREITA ACESSIBILIDADE E CIDADANIA.

- a) Capacitação de toda a rede de profissionais que atendem a comunidade (agentes comunitários de saúde, Programas Saúde da Família, Ambulatórios Gerais, Unidades Avançadas de Saúde, CAPS, NAESIJ³⁵,...) enfatizando a atenção primária (promoção em saúde) bem como a atenção secundária (prevenção em saúde).
- b) Adequação dos pronto-socorros dos hospitais gerais para o atendimento de urgência/emergência em saúde mental, com equipe interdisciplinar capacitada.
- c) Readequação do Núcleo de Atenção Especializada em Saúde Infanto-juvenil (NAESIJ) para o atendimento integral em saúde mental à criança e ao adolescente, com equipe interdisciplinar, seguindo as hierarquizações do SUS (atendimento em atenção básica e atenção especializada).
- d) Criação de um dispositivo na Rede Municipal para o atendimento a Dependências Químicas, com atenção familiar, em equipes interdisciplinares especializadas e em espaço físico adequado.

³⁵ NAESIJ - sigla utilizada para designar o Núcleo de Atenção Especializada em Saúde Infanto-juvenil.

e) Adequação dos serviços do centro de Atenção Psicossocial (CAPS) às orientações do Ministério da Saúde.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)