

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

MÍRIAM THAIS GUTERRES DIAS

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E OS DIREITOS DOS
PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL:
UMA ANÁLISE A PARTIR DO SERVIÇO RESIDENCIAL
TERAPÊUTICO MORADA SÃO PEDRO**

Porto Alegre

Março 2007

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

MÍRIAM THAIS GUTERRES DIAS

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E OS DIREITOS DOS
PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL:
UMA ANÁLISE A PARTIR DO SERVIÇO RESIDENCIAL
TERAPÊUTICO MORADA SÃO PEDRO**

Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de Doutora, pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Nelson dos Reis

Porto Alegre

2007

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D541r Dias, Míriam Thais Guterres

A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental : uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro / Míriam Thais Guterres Dias. — Porto Alegre, 2007.

292 f.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação Serviço Social. PUCRS, 2007.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Nelson dos Reis

1. Morada São Pedro. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Política de Saúde. 4. Saúde Mental. I. Título.

CDD : 616.89
362.2042581

Bibliotecário Responsável
Ginamara Lima Jacques Pinto
CRB 10/1204

MÍRIAM THAIS GUTERRES DIAS

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E OS DIREITOS DOS PORTADORES
DE TRANSTORNO MENTAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO SERVIÇO
RESIDENCIAL TERAPÊUTICO MORADA SÃO PEDRO**

Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de Doutora, pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Nelson dos Reis (Orientador – PUCRS)

Prof^a. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes (PUCRS)

Prof^a Dra. Regina Célia Tamaso Miotto (UFSC)

Prof^a Dra. Luciane Carniel Wagner (CMIPA)

Prof^a. Dra. Simone Paulon (UFRGS)

Dedico esta tese aos meus queridos:

Otávio,

Lígia,

Afrânio,

Muito Obrigada!

AGRADECIMENTOS

O momento de agradecer é o de reconhecer os companheiros e companheiras da jornada de militância, de trabalho, de qualificação... Esta trajetória foi possível de ser realizada porque se tem um porto seguro para ser acolhida, tanto nas alegrias como nas vicissitudes, que são os meus filhos e o meu marido, que junto com a minha família extensiva, são fundamentais na minha vida.

Muitas instituições contribuíram para a realização deste processo, que considero importante destacar, pois sem estes apoios, dificilmente se concretizaria o projeto de doutoramento: a Unisinos, que viabilizou os meus estudos por um longo período de tempo; a Fapergs, com o apoio na viabilização da pesquisa; a Capes por proporcionar a condição de concluir a formação; a Secretaria de Estado da Saúde, em especial aos meus colegas, pela tolerância com os meus estudos, e, principalmente, ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da PUC RS que me recebeu com carinho e reconhecimento, proporcionando-me um ambiente produtivo e com qualidade.

Muitos companheiras e companheiros da luta pela reforma psiquiátrica são participantes deste trabalho, pois se está num espaço coletivo em que cada um contribui com uma dimensão desta dinâmica e contraditória sociedade. A todos vocês, agradeço por partilhar desta história.

Quero fazer um agradecimento especial ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos Nelson, parceiro incansável na realização desta produção, com seu apuro intelectual e constante questionamento, acompanhado do espírito de colaboração... muito obrigada!

RESUMO

Os direitos dos portadores de transtorno mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira, é o tema da presente tese, resultante de pesquisa explicativa dialético-crítico aplicada no Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro, vinculado a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. O objetivo geral foi verificar se a proposta de desinstitucionalização do Morada São Pedro possibilitou a efetivação dos direitos dos seus usuários, visando contribuir na formulação e execução de políticas públicas no campo da saúde mental. Realizado um conjunto de técnicas qualitativas e a técnica do tipo quase-experimento para comparação de dados da escala *Independent Living Skills Survey* (ILSS) dos usuários quando internados no hospital psiquiátrico, ano de 2002, e como residentes do Morada São Pedro, em 2004. A análise final realizada através da técnica de triangulação dos dados obtidos com as técnicas qualitativas e com o teste t de *Student*, revelou que o serviço criou oportunidades de produção de autonomia possível, viabilizando o processo de desinstitucionalização. Faz-se ainda necessário os usuários se constituírem de fato como sujeitos de direitos, para além do direito ao consumo e de morar em condições dignas, quando se estará realizando substancialmente a reforma psiquiátrica. Os resultados dessa pesquisa são condensados nos capítulos: O Contexto Histórico da Política de Saúde e de Saúde Mental no Brasil e no Rio Grande do Sul; As Repercussões dos Ajustes Estruturais nas Reformas Sanitária e Psiquiátrica; e Evidências da Reforma Psiquiátrica no Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Direitos. Serviço Residencial Terapêutico.

ABSTRACT

The rights of the psychiatric patients, in the perspective of the Brazilian psychiatric reform, are the subject of the present thesis, dialectic-critical resultant of explicativa research applied in the Residential Service Therapeutical Morada São Pedro, tied the State Secretary of the Health of the Rio Grande do Sul. The general objective was to verify if the proposal of deinstitutionalization of the Morada São Pedro made possible the effectuation of the rights of the users, aiming at to contribute in the formularization and execution of public politics in the field of the mental health. Carried through a set of qualitative techniques and the technique of the type almost-experiment for comparison of data of the scale Independent Living Skills Survey (ILSS) of the users when interned in the psychiatric hospital, year of 2002, and as resident of the Morada São Pedro, in 2004. The carried through final analysis through the technique of triangulation of the data gotten with the qualitative techniques and test *t* of Student, disclosed that the service created chances of production of possible autonomy, making possible the deinstitutionalization process. One still becomes necessary the users if to constitute in fact as citizens of rights, stop beyond the right to the consumption and to live in worthy conditions, when the psychiatric reform will be being been becoming fulfilled substantially. The results of this research are condensed in the chapters: The Historical Context of the Politics of Health and Mental Health in Brazil and the Rio Grande do Sul; The Repercussions of the Structural Adjustments in the Reforms Sanitary and Psychiatric; and Evidences of the Psychiatric Reformation in the Residential Service Therapeutical Morada São Pedro.

KEYWORDS: Psychiatric Reform. Rights. Residential Service Therapeutical

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Freqüência de informações nos prontuários dos usuários de serviços de saúde mental da região metropolitana de Porto Alegre, 2003.....	142
Gráfico 02	Distribuição da população do HPSP segundo seu desempenho nos domínios do ILSS, 2002.....	182
Gráfico 03	Comparação dos desempenhos dos usuários sobre habilidades da vida diária, anos 2002 e 2004.....	183
Gráfico 04	Comparação da freqüência da questão 2 do domínio lazer, anos 2002 e 2004.....	186
Gráfico 05	Comparação da freqüência da questão 1 do domínio transporte, anos 2002 e 2004.....	187
Gráfico 06	Comparação da freqüência da questão 3 do domínio transporte, anos 2002 e 2004.....	188
Gráfico 07	Comparação da freqüência da questão 4 do domínio lazer, anos 2002 e 2004.....	189
Gráfico 08	Comparação da freqüência da questão 9 do domínio lazer, anos 2002 e 2004.....	190
Gráfico 09	Comparação da freqüência da questão 6 do domínio administração do dinheiro, anos 2002 e 2004.....	194
Gráfico 10	Comparação da freqüência da questão 9 do domínio administração do dinheiro, anos 2002 e 2004.....	195
Gráfico 11	Comparação da freqüência da questão 12 do domínio administração do dinheiro, anos 2002 e 2004.....	196
Gráfico 12	Comparação da freqüência da questão 1 do domínio preparo e armazenamento de alimentos, anos 2002 e 2004.....	198
Gráfico 13	Comparação da freqüência da questão 6 do domínio atividades domésticas, anos 2002 e 2004.....	199

Gráfico 14	Comparação da frequência da questão 10 do domínio cuidados pessoais, anos 2002 e 2004.....	200
Gráfico 15	Comparação da frequência da questão 7 do domínio saúde, anos 2002 e 2004.....	201
Gráfico 16	Comparação da frequência da questão 5 do domínio emprego, anos 2002 e 2004.....	203
Gráfico 17	Comparação dos desempenhos dos usuários sobre habilidades da vida diária nas dimensões individuais e organizacionais, anos 2002 e 2004.....	204
Gráfico 18	Comparação da frequência da questão 8 do domínio administração do dinheiro, anos 2002 e 2004.....	210

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 -	Síntese da Constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil - República Velha.....	024
Quadro 02 -	Síntese da Constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil - Governo Provisório, Constitucionalista e Estado Novo (1930-1945).....	029
Quadro 03 -	Síntese da Constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil – Período do Desenvolvimentismo (1945 – 1964).....	034
Quadro 04 -	Síntese da Constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil – Período do Regime Militar (1964 – 1985).....	041
Quadro 05 -	Síntese da Constituição das Políticas de Saúde e Saúde Mental no Brasil – Período do Regime Militar e da Nova República (Década de 1980).....	048
Quadro 06 -	Síntese da Constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no RS – Período do Império e da República Velha.....	061
Quadro 07 -	Síntese da Constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no RS – Período Governo Provisório, Constitucionalista e Estado Novo (1930-1945).....	063
Quadro 08 -	Síntese da Constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no RS – Período do Desenvolvimentismo (1945 – 1964).....	067
Quadro 09 -	Síntese da Constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no RS – Período do Regime Militar (1964 – 1985).....	073
Quadro 10 -	Síntese da Constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no RS – Período da Nova República.....	079
Quadro 11 -	Síntese da Política de Saúde no Brasil na década de 1990.....	091
Quadro 12 -	Síntese da Política de Saúde no Brasil na primeira década do século XXI.....	095

Quadro 13 -	Acontecimentos indicativos dos direitos em saúde mental.....	117
Quadro 14 -	Síntese da Política de Saúde Mental no Brasil a partir dos anos 1990.....	132
Quadro 15 -	Modalidades de Atenção em Saúde Mental e situação no Brasil, 2006.....	135
Quadro 16 -	Percentual de ocorrência de temas das Dissertações e Teses de 1987 a 2006.....	144
Quadro 17 -	Síntese da Política de Saúde Mental no Rio Grande do Sul a partir dos anos 1990.....	146
Quadro 18 -	Roteiro da entrevista semi-estruturada com os gestores do Morada São Pedro.....	175
Quadro 19 -	Roteiro da entrevista semi-estruturada com os usuários do Morada São Pedro.....	176

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	Número de hospitais psiquiátricos por natureza no Brasil, 1941 a 1991.....	050
Tabela 02 -	Alteração do gasto público em saúde nas esferas de gestão nos anos de 1980, 1994 e 2002.....	097
Tabela 03 -	Previsão orçamentária em 2004-2007 e valores pagos em 2004 às ações de atenção à saúde mental.....	137
Tabela 04 -	Evolução Comparativa Percentual entre Gastos com Internação Hospitalar e Rede Substitutiva em Saúde Mental, 1997 a 2006 – Brasil.....	140
Tabela 05 -	Leitos e CAPS no Brasil – 1996 a 2006.....	140

LISTA DE SIGLAS

Abrasco - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Abres - Associação Brasileira de Economia da Saúde

AIH – Autorização de internação Hospitalar

AIS - Ações Integradas de Saúde

Ampasa - Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde

ANS - Agência de Saúde Suplementar

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAPs - Caixa de Aposentadorias e Pensões

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

Cebes - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Cefess – Conselho Federal de Serviço Social

CES - Conselho Estadual de Saúde

CIB - Comissão Intergestora Bipartite

CILE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde

Ciplan - Conselho Interministerial de Planejamento

CIS - Comissão Interinstitucional de Saúde

CIT - Comissão Intergestora Tripartite

CNS - Conselho Nacional de Saúde

Conasp - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

CPMF – Contribuição Provisória de Movimentação Financeira

CRIS - Comissão Interinstitucional Regional de Saúde

Dataprev - Empresa de Processamento Dados da Previdência Social

DMLU - Departamento Municipal de Limpeza Urbana

DRU - Desvinculação de Recursos da União

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

EUA – Estados Unidos da América

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação

FBO – Fórum Brasileiro do Orçamento

Febem – Fundação do Bem Estar do Menor

FEE – Fundação de Economia e Estatística

Fffcmpa - Fundação Federal Faculdade Medicina de Porto Alegre

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz

Funabem - Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

Funasa - Fundação Nacional de Saúde

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HPSP - Hospital Psiquiátrico São Pedro

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

lapas - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

ILSS - Independent Living Skills Survey

Inamps - Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social

Inps - Instituto Nacional de Previdência Social

LBA - Legião Brasileira de Assistência

Lops - Lei Orgânica da Previdência Social

MAC - Média e Alta Complexidade

MEC - Ministério da Educação e Cultura

Mpas - Ministério da Previdência e Assistência Social

NOB - Norma Operacional Básica SUS

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

Piass - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

Pisam - Plano Integrado de Saúde Mental

PNAD - Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPA - Plano Plurianual

PPR - Partido Republicano Rio-Grandense

Prev-Saúde - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

Reforsus - Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde

RS - Rio Grande do Sul

SALTE – Saúde, Alimento, Transporte e Energia

SES - Secretaria de Estado da Saúde

Sesp - Serviço Especial de Saúde Pública

SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

Sinpas - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SSMA - Secretaria de Saúde e meio Ambiente

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCU - Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	017
2	O CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO RIO GRANDE DO SUL.....	022
2.1	CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	022
2.2	AS REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	047
2.3	A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO RIO GRANDE DO SUL.....	058
3	AS REPERCUSSÕES DOS AJUSTES ESTRUTURAIS NAS REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA.....	084
3.1	AS REFORMAS NO CONTEXTO DO AJUSTE ESTRUTURAL DO ESTADO E OS IMPACTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	084
3.2	O DEBATE SOBRE OS DIREITOS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....	108
3.3	O ESTADO DA ARTE DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E NO RIO GRANDE DO SUL.....	130
4	EVIDÊNCIAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO MORADA SÃO PEDRO.....	154
4.1	MORADA SÃO PEDRO: PROPOSTA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO..	154
4.2	A CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA.....	167
4.3	OS EFEITOS DO MORADA SÃO PEDRO NA VIDA DOS SUJEITOS.....	179
5	CONCLUSÕES.....	217
	REFERÊNCIAS.....	221

DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS.....	245
APÊNDICES.....	250
Apêndice A – Síntese das Conferências Nacionais de Saúde no Brasil.....	250
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos usuários do Morada São Pedro, coleta de dados do ano 2004.....	253
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos da pesquisa da coleta de dados do ano 2006.....	256
ANEXOS.....	258
Anexo A – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Psiquiátrico São Pedro.....	258
Anexo B – Escala Independent Living Skills Survey – ILSS.....	260
Anexo C – Apresentação das tabelas com os dados coletados sobre as dimensões da Escala ILSS.....	266
Anexo D – Análise Estatística.....	288

1 INTRODUÇÃO

A presente tese tem como tema a reforma psiquiátrica brasileira, constituída no cenário de democratização política e da reforma sanitária, e implementada no contexto do debate sobre a reforma do Estado na década de 1990. O objeto do estudo é a verificação da efetividade dos direitos dos portadores de transtorno mental a partir do projeto de desinstitucionalização Morada São Pedro, ação que ainda requer estudo sobre sua condição de representar uma transformação no horizonte da Reforma Psiquiátrica, entendida como superação do modelo manicomial e hospitalocêntrico das práticas do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Os desafios para a implantação da reforma psiquiátrica estão postos pelo contexto de alterações no papel do Estado, situação contraditória, pois como se relaciona o fato de que no cenário de ajuste estrutural, retração do Estado na efetivação das políticas sociais e desmonte dos direitos sociais a partir de 1990, se instala uma política pública de saúde mental, que tem como eixo os direitos dos portadores de transtorno mental e uma nova lógica de atenção, com caráter interdisciplinar, reabilitadora e de inclusão social, conforme preconizam um conjunto de dispositivos legais como a Lei de Reforma Psiquiátrica do Rio Grande do Sul (1992) e a Lei Federal de Saúde Mental (2001)?

As políticas de saúde e de saúde mental nasceram sob a égide da filantropia e da preocupação com as condições necessárias para a reprodução da força de trabalho, e não na perspectiva dos direitos e dos cuidados dignos aos indivíduos. A construção do ideário que inspira a Constituição Federal de 1988 e o compromisso de várias forças sociais, entre elas a categoria dos assistentes sociais, de imprimir uma nova cultura na sociedade brasileira requer esforços permanentes e qualificados de garantir uma nova ordem social e, por conseguinte, um novo modo de cuidar e de considerar os que padecem de transtorno mental. Para tanto, os desafios são para todos os agentes sociais, para a efetivação de uma política de saúde mental que ainda está em implementação no Brasil.

A política de saúde mental brasileira passou por uma revisão crítica do modelo hegemônico existente até então a partir de meados dos anos 1980, se

constituindo na perspectiva da reforma psiquiátrica, concebida no bojo da Reforma Sanitária e instalada no contexto do debate sobre a Reforma do Estado no Brasil nos anos 1990. Desde então, um conjunto de reivindicações, legislações e adoção de novas modalidades de atenção aos portadores de transtorno mental vêm sendo implantadas, tanto pela ação de agentes sociais como pelo Estado. Deste modo, é relevante do ponto de vista científico que mais estudos sobre os efeitos destas medidas se realizem, ampliando conhecimentos para decifrar uma política pública que ainda está em andamento no país.

A magnitude do campo da saúde mental pode ser medida pela estimativa mundial de que mais de 25% das pessoas, independentes da sua localização em país desenvolvido ou em desenvolvimento, apresentam um ou mais transtornos mentais e comportamentais durante o ciclo da vida (OMS, 2001). Associando este dado epidemiológico ao fato de que o Brasil historicamente caracteriza-se por forte desigualdade social, percebe-se a amplitude do problema a ser enfrentado pela política de saúde mental, com grande contingente populacional requerendo cuidados e exigindo seu direito à saúde, como preconiza a Constituição Federal de 1988.

O modelo clássico de atenção em saúde mental foi a construção e manutenção de grandes asilos psiquiátricos que demonstraram sua incapacidade de tratar e de respeitar os direitos dos portadores de transtorno mental. Esta também foi a trajetória do Hospital Psiquiátrico São Pedro, no estado do Rio Grande do Sul, único hospital psiquiátrico público do estado, que por mais de um século centralizou o atendimento em saúde mental.

O projeto político da gestão estadual de 1999 a 2002 definiu como uma das prioridades a implantação da reforma psiquiátrica no solo gaúcho, sendo o hospital psiquiátrico público alvo de ações de transformação. Dentre elas, há um processo de desinstitucionalização através da constituição do Projeto Morada São Pedro, em 2002, que criou novos espaços de moradia, implicando na criação de novas relações sociais e na possibilidade de autonomia social para um grupo de moradores da instituição.

O Morada São Pedro foi uma experiência pioneira no Rio Grande do Sul, e são escassos os estudos sobre seu efeito na vida dos usuários, justificando assim a

pertinência de uma pesquisa para detectar suas possibilidades e sua relação com os pressupostos da reforma psiquiátrica formulados pelos atores sociais que a construíram: autonomia, inserção social, usufruto de direitos como qualquer cidadão brasileiro, dos portadores de transtorno mental.

A experiência profissional¹ decorrente da inserção como assistente social na política de saúde mental, primeiramente no Hospital Psiquiátrico São Pedro, a partir de 1982, e posteriormente, na gestão da política de saúde mental, nos âmbitos estadual e municipal, envolvendo ações de natureza técnica, administrativa e política, permitiu uma concepção ampliada de exercício profissional, apreendendo seu real significado como sujeito capaz de propor um novo projeto de sociedade, construído coletivamente com outros setores sociais.

No horizonte do projeto ético-político do Serviço Social que aponta na direção da ampliação da cidadania às camadas sociais alijadas do usufruto das riquezas produzidas socialmente e no “reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (CFESS, 1994, p. 11), sustenta-se a relevância desta pesquisa, pela sua possibilidade de contribuir na produção de conhecimento sobre uma política pública peculiar, pois tanto no campo dos direitos como no cenário de retração do investimento público, atinge camadas sociais que sofrem de preconceito pela natureza do seu problema de saúde.

Portanto, analisar os efeitos de uma nova perspectiva de vida e de cuidado de usuários que estiveram institucionalizados por muitos anos, pode revelar o alcance da reforma psiquiátrica na garantia de seus direitos, ou a realização de uma ação na direção da desresponsabilização do Estado, como preconiza o ideário neoliberal. Nesta perspectiva, a pesquisa também tem uma relevância social e política, pois permitirá adensar o debate em curso, neste momento histórico, sobre a continuidade

¹ A autora é militante do Fórum Gaúcho de Saúde Mental e, no campo acadêmico, já realizou pesquisas e artigos sobre o tema da reforma psiquiátrica e os direitos dos portadores de transtorno mental.

ou não da reforma psiquiátrica, objeto de análise para deliberação do parlamento gaúcho².

O problema da pesquisa consiste na questão em que medida o projeto de desinstitucionalização Morada São Pedro, para portadores de transtorno mental, egressos de longa internação hospitalar, possibilitou a efetivação de seus direitos? O objetivo geral é verificar se a proposta de desinstitucionalização do Projeto Morada São Pedro, construída sob os auspícios da reforma psiquiátrica, possibilitou a efetivação dos direitos dos portadores de transtorno mental, visando contribuir na formulação e execução de políticas públicas no campo da saúde mental. Como objetivos específicos, a tese pretende sistematizar a constituição da política de saúde no Brasil para analisar a formulação da política da reforma psiquiátrica no cenário de democratização e ao mesmo tempo de retração do Estado no campo das políticas sociais; verificar as mudanças geradas na vida dos usuários do Projeto Morada São Pedro; analisar as ações da gestão pública desenvolvidas no Projeto Morada São Pedro em prol da garantia dos direitos dos portadores de transtorno mental.

O método da pesquisa é o dialético-crítico, cuja metodologia consiste num conjunto de técnicas quantitativa e qualitativa³. A técnica quantitativa utilizada foi de quase-experimento para comparação das habilidades da vida diária com sua situação pregressa de internação psiquiátrica através de uma escala que mede áreas de habilidades de vida independente. As qualitativas foram a análise documental dos materiais produzidos pelos órgãos públicos estadual e federal, bem como de documentos das agências multilaterais, e entrevistas semi-estruturadas com os usuários e os dirigentes do serviço Morada São Pedro. O momento da análise dos dados da pesquisa operou-se através da triangulação e teve como referência as categorias de análise do método dialético-crítico e as categorias explicativas da realidade, definidas como direitos, política social, desinstitucionalização e autonomia.

² No ano de 2004 e posteriormente, em 2005, foi apresentado um projeto de lei na Assembléia Legislativa do Estado alterando a Lei de Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul.

³ O detalhamento dos procedimentos metodológicos está presente no capítulo 4, item 4.2.

O resultado final desta produção está exposto em capítulos, de forma a explicar as conexões estabelecidas em resposta ao problema e questões de pesquisa. Primeiramente, no capítulo dois, retoma-se a constituição histórica das políticas de saúde e de saúde mental no Brasil, como terreno explicativo das reformas sanitária e psiquiátrica, com destaque para a constituição da saúde mental no estado do Rio Grande do Sul.

A partir deste quadro, no capítulo três retomam-se as reformas no contexto do ajuste estrutural do Estado e os impactos na política de saúde, situando o debate sobre os direitos no campo da saúde mental, para ser possível uma sistematização crítica sobre o estado da arte da reforma psiquiátrica no Brasil e no Rio Grande do Sul. Posto este contexto, no capítulo quatro apresenta-se e problematiza-se o serviço residencial terapêutico Morada São Pedro como uma proposta de desinstitucionalização, lócus do presente estudo. Posteriormente, expõe-se a construção metodológica da pesquisa para, por fim, revelar os efeitos do processo de desinstitucionalização Morada São Pedro na vida dos moradores. Ao final, têm-se as conclusões, revelando as reflexões sobre os resultados obtidos na busca de responder as inquietações que suscitaram a investigação e a produção de conhecimento sobre o tema da reforma psiquiátrica, na sua dimensão de garantia de direitos dos portadores de transtorno mental.

2 CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO RIO GRANDE DO SUL

“O passado não reconhece o seu lugar,
está sempre presente”.
Mário Quintana

Neste capítulo desenvolve-se a trajetória das políticas de saúde e de saúde mental no Brasil com a finalidade de particularizar suas conexões com o sistema econômico, político e social do país. O capítulo inicia com a sistematização dos fundamentos históricos das políticas de saúde e de saúde mental no Brasil, com a demarcação temporal até a década de 1980, visto que a década seguinte é um marco das mudanças políticas, econômicas e sociais na história brasileira.

Na seqüência, tem-se como foco de observação as reformas sanitária e psiquiátrica, com seus processos instituintes e de consolidação, e por fim, um resgate analítico sobre a saúde e saúde mental no Rio Grande do Sul. A sistematização analítica destas trajetórias será realizada por períodos políticos e/ou econômicos que marcaram a história brasileira, acompanhada por quadros sínteses com os acontecimentos mais relevantes relacionados ao tema de estudo.

2.1 CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

As políticas sociais públicas são constituídas a partir de um determinado modo da sociedade conceber e explicar fenômenos sociais, para, a partir de então, ser possível a ação pública se efetivar, com seus dispositivos legais e de gestão. A política setorial da saúde e sua especificidade de saúde mental foi sendo gestada no teor, ritmo e tempo característicos da formação e consolidação do estado brasileiro ao longo do século vinte, particularidades que a moldam com feições contraditórias, ora de negação, ora de reconhecimento da questão social⁴. A política social do tipo

⁴ Entendida como o conjunto das manifestações das desigualdades sociais geradas na sociedade capitalista, e que “tem como raiz comum: a produção social cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 1998, p. 27).

residual (COSTA, 1998, PEREIRA, 2002) foi a marca no período do Império⁵ até meados da década 1930 no Brasil, quando a assistência à saúde da população em geral era realizada pelas instituições hospitalares vinculadas a entidades religiosas, destinadas aos pobres. Nesta perspectiva, coube ao Estado a intervenção somente nas situações que extrapolavam as capacidades daqueles agentes, como foi o caso da construção do primeiro hospital psiquiátrico público⁶ do Brasil, o Hospital Dom Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, e no Rio Grande do Sul, em 1884, o Hospital Psiquiátrico São Pedro. Estes estabelecimentos contribuíram para o advento e expansão do saber psiquiátrico a partir do Império, com a criação da Cátedra de Psiquiatria nas duas Faculdades de Medicina existentes no país - Rio de Janeiro, 1881 e Bahia, 1883.

O Brasil, no final do século XIX e primeiras décadas do século seguinte, depara-se com a necessidade de redefinir a composição de sua força de trabalho, em decorrência do encerramento do ciclo do trabalho escravo como base da mão de obra da época. Este período da República Velha (1889-1930) esteve sob a inspiração do pensamento liberal e a peculiaridade de forte centralização do poder assentado na aliança política dos grandes proprietários de terra e no bloco agrário exportador. A eclosão da primeira guerra mundial ocasiona um abalo na economia exportadora e possibilita o ingresso de capital externo e a instalação de indústrias estrangeiras, formando um contingente de operários urbanos e criando as condições para suas organizações reivindicatórias sobre melhores condições de trabalho e de vida (IANNI, 1984; FIORI, 2003).

Neste cenário, fez-se necessária a adoção de estratégias para a reprodução das condições de vida das classes trabalhadoras, que emergem com a instalação do modo de produção capitalista, nos primórdios de sua fase industrial. São estas que vão determinar as primeiras ações estatais no setor de saúde brasileiro (COSTA, 1986), a partir de um conjunto de medidas, como é possível constatar na síntese no Quadro 1.

⁵ O Império preservou o sistema produtivo exportador herdado da colônia e organizou alianças políticas internas que possibilitaram a definição das fronteiras do país. A partir de 1820, com o retorno da família real a Portugal, se consolidou com a autonomia local dos senhores do café e do açúcar, assentado na defesa irrestrita da escravidão como mão-de-obra na produção (FIORI, 2003).

⁶ No ano 1860 foi fundada a Casa de Saúde Dr. Eiras, no Rio de Janeiro, primeira instituição psiquiátrica privada no país.

ANO	ACONTECIMENTOS
1889	Primeira legislação de obrigatoriedade da vacina contra a varíola no Brasil para crianças até seis meses de idade.
	Rodrigues Alves nomeia Oswaldo Cruz como Diretor Geral de saúde pública, cargo que corresponde atualmente ao de Ministro da Saúde.
1903	Primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados, n 1.132, de 22/12/1903. Reorganiza a assistência aos alienados.
1904	Epidemia de Varíola assola a capital do Brasil. Aprovada a lei da obrigatoriedade da vacinação. Revolta da Vacina no Rio de Janeiro.
1919	Primeira lei de acidentes de trabalho.
1920	Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública.
1921	Lei Carlos Chagas, com ampliação dos serviços de saúde pela ação estatal.
	Lei Eloy Chaves - previdência social para ferroviários e portuários, através da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs.
1923	Promulgação do Código Sanitário.
	Criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, no Rio de Janeiro.
1924	1º Congresso Brasileiro de Higiene.

Quadro 1 - Síntese da Constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil - República Velha.

Fontes: OMS, 1955; FARIA, 1981; FEE, 1983; CERQUEIRA, 1984; COSTA, 1986; COSTA, 1989; DELGADO, 1994; GUIMARÃES e TAVARES, 1994; PAULIN; TURATO, 2004; HOCHMAN, 2005; FIOCRUZ, 2005; RAMOS, GEREMIAS, 2006.

A partir da ação governamental sobre as reivindicações da classe trabalhadora, visando a diminuição dos conflitos advindo da relação capital e trabalho, realiza-se uma mediação pelo atendimento de determinadas demandas de frações de classe subordinadas. O apoio do círculo intelectual médico-sanitário foi importante para esta mediação, pois consolidou rotinas científicas e administrativas que sustentaram a iniciativa das classes dominantes nacionais no campo da preservação da saúde da força de trabalho e no controle e erradicação de um conjunto de doenças transmissíveis que debelava a saúde da população. A incorporação da microbiologia, inovação científica europeia, passa a ser uma referência nas explicações da gênese das doenças, norteando a criação de programas de saúde pública em ações de vacinação e campanhas sanitárias de

controle de vetores⁷ para a prevenção de doenças, consolidadas pelo trabalho de Oswaldo Cruz⁸.

Para tanto, “o modelo assistencial público tinha na campanha e na polícia sanitária seus meios principais de efetivação” (MERHY; QUEIROZ, 1993, p. 03). A polícia sanitária, outra influência européia, parte do pressuposto de que o governo tinha a prerrogativa, com respaldo científico, de contrariar interesses individuais na definição de regras para a higiene nas cidades e mudanças nos comportamentos pessoais, de modo a erradicar doenças.

A saúde pública foi uma medicina de cidade: o controle das epidemias concorreu favoravelmente para o significativo aumento da população nas cidades brasileiras (COSTA, 1986, IYDA, 1994). O uso da força repressiva estatal⁹ na indução de normas e medidas de saúde, legitimada cientificamente, tanto serviu como justificava para o Estado assegurar os interesses de instituir-se como poder central, como para melhorar a situação sanitária nas cidades e, principalmente, nos portos, local estratégico para o desenvolvimento econômico. Explica-se assim, a particular relação entre Estado e sociedade denominada como “pacto de dominação” (KOWARICK, 1985), em que o Estado tem o papel de criar as normas para garantir o projeto econômico e político ao mesmo tempo em que assegura certas demandas das classes subalternas.

O saneamento era a ênfase principal na saúde pública naquele momento, motivo que levou o círculo médico-sanitário a defender a inclusão da carreira médica neste campo, sob a influência da escola americana de saúde pública, principalmente da Fundação Rockefeller¹⁰. Os esforços da categoria médica tiveram êxito e seus discursos passaram a respaldar científica e politicamente as ações do governo, organizando a área de saúde pública como é reconhecida até os dias atuais. Esta

⁷ Ação da vigilância sanitária de combater criadouros de larvas e espécies adultas de insetos, roedores e quaisquer outros vetores transmissores de doenças.

⁸ Oswaldo Cruz (1872-1917) médico sanitário que combateu as doenças endêmicas: a febre amarela, a varíola e a peste bubônica.

⁹ O evento significativo de reação popular às medidas do Departamento Nacional de Saúde Pública de obrigatoriedade de vacinação contra a varíola ocorreu no ano de 1904, no Rio de Janeiro, conhecida como a Revolta da Vacina (COSTA, 1986).

¹⁰ A Fundação Rockefeller participou na organização de várias ações de enfrentamento de doenças endêmicas, viabilizando ao longo do tempo a interiorização de postos de saúde em áreas rurais em algumas regiões do país (HOCHMAN, 2005), como, até os dias atuais, presta apoio técnico e financeiro para projetos de formação e qualificação profissional na área de saúde.

legitimidade pode ser medida pela criação dos Congressos Brasileiros de Higiene no ano de 1924 (Quadro 1), que por várias décadas influenciou o pensamento técnico e político na saúde pública brasileira (MERHY; QUEIROZ, 1993, HOCHMAN, 2005).

O debate travado no campo da saúde pública está posto na concepção em vigor de que a medicina era distinta das ações sanitárias, pois [...] “a primeira para curar através da clínica, patologia e terapêutica, e a segunda, para prevenir doenças, prolongar e promover a saúde através da higiene e da educação sanitária” (MERHY; QUEIROZ, 1993, p. 04). Ou seja, a primeira tinha o propósito de tratar as doenças individuais e a outra, de cuidar dos problemas de saúde que atingiam vários segmentos sociais.

O pensamento sanitarista foi constituído então na concepção denominada de higienista, assentado num conjunto de práticas sanitárias para erradicar doenças transmissíveis que afetam as condições de saúde. Mas, articulado a este, esteve presente a concepção da eugenia¹¹, termo que designa o “estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física como mentalmente” (COSTA, 1989, p. 81).

A eugenia se constituiu num movimento intelectual que correspondeu a vários interesses, pois “[...] se buscava no Brasil uma ação social que saneasse a zona rural, a fim de constituir um povo saudável, racialmente forte, permitindo, ao mesmo tempo, a ocupação do país, considerada vital para a integração nacional” (MERHY; QUEIROZ, 1993, p. 03). Portanto, sanear os aglomerados urbanos e rurais e imprimir novos comportamentos sociais para debelar os efeitos da miscigenação racial, considerada um risco social pela elite conservadora (GOMES; ADORNO, 1990; STANCIK, 2004), configuraram-se uma estratégia do governo para o propósito de consolidação do Estado.

Deste modo, houve a aproximação histórica entre a eugenia e o higienismo na conformação da saúde pública brasileira, influenciando sua expressão na saúde mental de modo hegemônico, representado pela Liga Brasileira de Higiene Mental,

¹¹ Termo criado pelo fisiologista inglês Galton no século XX que foi amplamente discutido por intelectuais europeus e norte-americanos sobre os efeitos físicos e culturais produzidos pela miscigenação das raças humanas (COSTA, 1989).

fundada em 1923. Os médicos psiquiatras da época se inspiraram no circuito intelectual brasileiro, que foram os primeiros a difundi-la na cultura brasileira.

A necessidade fundamental dos psiquiatras era a de modificar a realidade brasileira com a qual não estavam de acordo. [...] Os psiquiatras acreditavam que o Brasil degradava-se moral e socialmente por causa dos vícios, da ociosidade e da miscigenação racial do povo brasileiro. A prevenção eugênica apareceu-lhes como o instrumento mais rápido e eficaz para sanear a situação (COSTA, 1989, p. 61).

A prevenção eugênica se materializou através da criação de hospitais e colônias-agrícolas públicas para os portadores de transtornos mentais, tuberculose e hanseníase, sendo o período da Proclamação da República até 1941 caracterizado como o da hegemonia do setor público nas ações relativas à assistência psiquiátrica pela adoção do modelo das colônias (SAMPAIO, 1988). A considerada incapacidade destes indivíduos em compor a mão de obra necessária ao modo de produção capitalista decretou o seu destino: isolamento e segregação social. Três proposições contraditórias entre si justificam a existência das instituições psiquiátricas: a) indicação prioritariamente social, a remoção e exclusão do elemento perturbador, b) preservação dos bens e segurança dos cidadãos, e c) uma indicação clínica com o propósito de curar os doentes mentais (RESENDE, 1994). Portanto, fica evidente a concepção vigente de que a presença de transtorno mental determina a segregação social em instituição psiquiátrica.

Na fase final do período da República Velha, o Estado impulsionou a criação de certos dispositivos para responder à demanda do mundo do trabalho, como: legislação sobre acidentes de trabalho, ampliação dos serviços de saúde pela ação estatal, promulgação do primeiro Código Sanitário e a instalação da previdência social privada através da Lei Eloy Chaves, em 1923, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)¹², que se constituíram na origem do sistema de previdência social e da medicina previdenciária pública no país.

Estas significativas medidas já anunciam mudanças importantes no país, em decorrência do cenário internacional de crise econômica no final da década de vinte do século XX, que repercutiu no Brasil, influenciando nas mudanças no modelo

¹² Estas Caixas foram organizadas pelo setor privado e destinadas aos ferroviários e posteriormente estendida a outras categorias profissionais, com financiamento tripartite: financiamento com participação dos três segmentos envolvidos: empregadores, trabalhadores e Estado (COHN, 1996).

agro-exportador cafeeiro. No cenário político, houve alteração na correlação das forças políticas que desencadeou a Revolução de 1930, iniciando um novo ciclo econômico e um novo papel do Estado. O cenário de crise do setor agro-exportador e a frágil articulação de outras forças políticas e econômicas criaram as condições para o Estado brasileiro ter a centralidade na condução do processo produtivo e político (FEE, 1983; FLEURY, 1994).

Este contexto demarca a instalação de outro estágio político brasileiro com o presidente Getúlio Vargas, formado por três momentos particulares: Governo Provisório (1930-1934), Constitucionalista (1934-1937) e Estado Novo (1937-1945). No âmbito econômico, será o período de passagem para a economia urbano-industrial e conseqüente declínio do poder oligárquico, hegemônico na República Velha. O Estado se orienta pela modernização do estilo de vida da população, e adota a política de atender as massas populares como fonte de legitimação e de poder, bem como o estilo intervencionista na economia e nas políticas sociais (SAES, 1999; LOPEZ, 2000; PEREIRA, 2002).

O presidente Getúlio Vargas criou novas estruturas e ordenamentos jurídicos e realizou um conjunto de reformas com o propósito de “formação de um Estado robusto e centralizador [...] pela constituição de um aparato governamental que alcançasse todo o território nacional em projeto político-administrativo mais unificado” (HOCHMAN, 2005, p. 130), criando, por exemplo, organizações na estrutura do Estado, que são significativas até os dias atuais, como estão sistematizados no Quadro 2.

ANO	ACONTECIMENTOS
1930	Criação do Ministério da Educação e Saúde Pública
1933	Criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAP's, que institui a política de assistência médica previdenciária, destinada a grupos de trabalhadores urbanos mais organizados.
1934	Lei nº. 24.559, que dispõe sobre a Assistência e Proteção à Pessoa e aos Bens dos Psicopatas.
	Reforma do Ministério, que passa a se denominar Ministério da Educação e Saúde. Interiorização do Ministério com a criação de 08 regiões, cada uma com Delegacia Federal de Saúde. Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância.
1937	Lei criando as Conferências Nacionais de Saúde e as Conferências Nacionais de Educação
1938	Criação do Conselho Nacional de Serviço Social, vinculado ao Ministério da Educação e Saúde.
1941	Criação dos serviços nacionais de saúde: Doenças Mentais, Organização Sanitária, Organização Hospitalar, Lepra, Tuberculose, Febre Amarela, Peste, Fiscalização da Medicina, Propaganda e Educação Sanitária, do Câncer e da Criança.
	1ª Conferência Nacional de Saúde, de 10 a 15 de novembro.
	O Ministério da Educação e Saúde é autorizado a organizar, por intermédio do Decreto nº. 4275, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). O novo órgão é criado em decorrência da Terceira Conferência Extraordinária dos Ministros das Relações dos Continentes Americanos, realizada no mesmo ano, no Brasil.
1942	Brasil e EUA assinam, em Washington, o Acordo Básico, com o apoio da Fundação Rockefeller que define responsabilidades em relação às garantias sanitárias, a fim de desenvolver na área de extração de borracha na Amazônia as atividades de saneamento, profilaxia da malária e assistência médico-sanitária aos trabalhadores daquele setor da economia.
	Lei obrigando a notificação de doenças profissionais provocadas por substâncias tóxicas, utilizadas nas indústrias e por condições ambientais inadequadas à saúde.

Quadro 2 - Síntese da Constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil - Governo Provisório, Constitucionalista e Estado Novo (1930-1945).

Fontes: OMS, 1955; FEE, 1983; FARIA, 1981; CERQUEIRA, 1984; COSTA, 1986; COSTA, 1989; DELGADO, 1994; GUIMARÃES e TAVARES, 1994; PEREIRA, 2002; HOCHMAN, 2005; FIOCRUZ, 2005; RAMOS, GEREMIAS, 2006.

Destaca-se a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (1930), responsável por dois setores sociais com o respaldo científico da época, que considerava o saneamento indispensável, e para tanto, a educação seria a ferramenta mais apropriada para propagar o pensamento higienista, como expressa

um dos seus intelectuais, Afrânio Peixoto: “Saneamento, sim! Educação, também! Principalmente educação, porque então será mais fácil, e só então durável, o saneamento” (STANCIK, 2004, p. 55).

Esta perspectiva reflete a estratégia campanhista¹³ vigente na época, com o mecanismo da prevenção sendo privilegiado para combater doenças, e para tanto, é imprescindível a educação. Concomitante, o governo fortaleceu a política de saúde ancorada na assistência médica previdenciária, destinada a grupos de trabalhadores urbanos mais organizados, através da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs¹⁴ em 1933 através da unificação das CAPs.

Deste modo, o governo adotou um padrão de intervenção planejada na regulamentação de medidas de proteção social¹⁵, inspirada “na idéia do pensamento liberal brasileiro, onde a intervenção estatal buscava a harmonia entre empregadores e empregados” (COUTO, 2004, p. 95) criando assim as condições favoráveis para a acumulação e expansão da industrialização¹⁶. Deste modo, a criação dos IAPs representaram uma mudança importante no trato da questão social por parte do Estado, que passa a se responsabilizar pelas estruturas de proteção social, absorvendo o que havia sido gerado na sociedade civil, como foi o caso das CAPs (COHN,1996).

Ao mesmo tempo, a criação dos IAPs, mantêm a prestação da assistência médica dependente da contribuição dos trabalhadores, confirmando a concepção predominante de que a saúde individual não era da competência da área de saúde pública, como expressa Gustavo Capanema, considerado um dos mais proeminentes intelectuais, sanitarista e ministro da saúde e educação por um longo período:

¹³ Expressão síntese do modelo de saúde pública, centrado em campanhas de prevenção e de controle de agentes produtores de doenças.

¹⁴ Entre 1933 e 1945 foram criados sete IAPs (Marítimos, Industriários, Transportadores de Carga, Bancários, Comercários, Estiva e Servidores do Estado). Fonte: <http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/previd/iaps/index.htm>

¹⁵ O sistema de proteção social no período pode ser caracterizado como do “tipo conservador ou meritocrático-particularista, com fortes marcas corporativas e clientelistas na consagração de privilégios e na concessão de benefícios” (DRAIBE, 1993b, p. 13).

¹⁶ As medidas são, entre outras, a definição de um percentual de 1% das rendas tributáveis à maternidade e infância para o amparo dos desvalidos e o salário mínimo, criados através da Constituição Federal de 1934. O salário mínimo foi regulamentado por Decreto em 1938 e somente em 1940 inicia sua aplicação, com a publicação da sua primeira tabela.

À saúde pública não interessa o caso individual, seja um caso de doença, seja qualquer outra situação especial relativa à saúde ou ao corpo. O caso individual só interessa à saúde pública se puder afetar a coletividade, se for capaz de pôr a coletividade em perigo. Fora disso, dele não se ocupará a saúde pública (HOCHMAN, 2005, p. 136).

Como responsabilidade da saúde pública está subentendida a responsabilidade do Estado, visto que se ocupa de conter os riscos à coletividade. Nesta lógica, de que a ação estatal na saúde se justifica quando em situação de risco à sociedade, está o fundamento da aprovação do Decreto nº. 24.559 em 1934, dispondo sobre a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas. O artigo primeiro define que a Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim:

a) proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal; b) dar amparo médico e social não só aos predispostos a doenças mentais, como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos; c) concorrer para a realização da higiene em geral e da profilaxia das psicopatias em especial (DELGADO, 1992, p. 259).

Percebe-se a sintonia com as concepções prevencionista e higienista da saúde pública da época, que resultou na formulação teórica do escopo da higiene mental¹⁷. O artigo número quatro do Decreto define os estabelecimentos psiquiátricos, e entre as organizações típicas deste atendimento consta “[...] outros estabelecimentos de assistência social” (DELGADO, 1992, p. 261). Esta associação entre assistência social e saúde mental evidencia o fenômeno do transtorno mental num país com altos índices de desigualdade social, bem como, no período histórico referido, o conjunto de organizações privadas filantrópicas a quem a sociedade delegou a tarefa de isolar a pobreza.

Meses antes da instalação do Estado Novo, em 1937, o governo realiza a segunda reforma ministerial na saúde que alterou sua denominação para de Educação e da Saúde e cria as Conferências Nacionais de Saúde¹⁸, com o propósito de reunir representantes de órgãos públicos, das esferas federal e estadual, e

¹⁷ A Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923 no Rio de Janeiro, foi uma entidade civil que funcionava com a ajuda de filantropos e com subvenção federal, sendo seus membros reconhecidos como pertencentes à elite psiquiátrica do estado e do país. Suas ações e diretrizes visavam a prevenção, a eugenia e a educação dos indivíduos em prol das condições satisfatórias de saúde mental (COSTA, 1989).

¹⁸ A síntese de todas as Conferências Nacionais de Saúde está contida no Apêndice A.

facilitar o intercâmbio das atividades correlatas e “deliberação das questões administrativas relativas à saúde pública” (HOCHMAN, 2005, p. 133).

A princípio, as Conferências Nacionais de Saúde foram criadas para substituir os Congressos Brasileiros de Higiene¹⁹, contudo, por um longo período estas instâncias coexistiram com finalidades distintas. Os Congressos Brasileiros de Higiene, como espaços privilegiados para pensar as ações coletivas de saneamento e combate às doenças epidêmicas, e as Conferências Nacionais de Saúde, como instância de articulação técnica-governamental, uma vez que no seu formato foi previsto a participação exclusiva do segmento governamental.

A realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu somente quatro anos após, em 1941, com o objetivo de estabelecer as normas de organização e administração sanitária. A conferência não debateu sobre os problemas existentes na assistência à saúde no país, mas na organização estatal do setor, demandando a criação de um ministério exclusivo (NORONHA, 2003). No mesmo ano, o Ministério da Educação e Saúde organizou a criação de órgãos federais para combater os principais problemas de saúde no Brasil, dentre eles o Serviço Nacional de Doenças Mentais que, sob a administração de Aduino Botelho até o ano de 1954, se caracterizou pela expansão dos hospitais psiquiátricos públicos (PAULIN; TURATO, 2004).

O ano de 1941 tem significativa importância no cenário da segunda guerra mundial pelo ingresso dos Estados Unidos da América (EUA) no conflito e o término da neutralidade dos países norte-americanos e latinos. Durante a realização da Terceira Conferência Extraordinária dos Ministros das Relações dos Continentes Americanos, realizada no Rio de Janeiro em 1942, os EUA pressionam os países a romperem relações diplomáticas e comerciais com a Alemanha e aliados, tendo havido receptividade pelo presidente Getúlio Vargas. A posição do governo foi de aderir à guerra por motivos estratégicos, pois tinha forte oposição do Partido Ação Integralista Brasileiro apoiado pelo nazismo, e pelo interesse de se converter numa potência latino-americana no pós-guerra (DABÈNE, 2003).

¹⁹ Com cinco edições de 1924 até o ano de 1930 e retomados a partir de 1947 (HOCHMAN, 2005).

A posição adotada pelo Brasil de forte aliado dos EUA resultou na obtenção de “[...] condições financeiras excepcionais, que posteriormente lhe permitiram desenvolver uma indústria siderúrgica” (DABÈNE, 2003, p. 115). A partir desta relação, acordos foram feitos entre ambos os países que culminaram na criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que permaneceu ativo até a década de 1990 e em ações de erradicação de doenças endêmicas na Amazônia, intermediadas pela Fundação Rockefeller.

O desfecho da segunda guerra mundial gerou a bipolaridade geopolítica internacional, o que resultou na projeção de dois blocos com referências políticas e econômicas antagônicas. No Brasil, inicia-se um outro período econômico, político e social, classificado como desenvolvimentista (1946-1964)²⁰, que corresponde a um “projeto de superação do subdesenvolvimento através da industrialização integral, por meio de planejamento e decidido apoio estatal” (BIELSCHOWSKI, 2004, p. 33).

Neste período, o governo considerou o setor saúde como estratégico para o desenvolvimento econômico, tendo sido um dos quatro pilares do Plano SALTE²¹ (saúde, alimentos, transporte e energia). A saúde foi o único setor social relacionado aos problemas do desenvolvimento, pelo entendimento de que era “precondição ao aumento da produção e da riqueza social” (FEE, 1983, p. 166). Esta afirmação confirma a concepção de saúde presente na gênese de sua constituição de política pública no Brasil, como fundamental na reprodução das condições de vida das classes trabalhadoras e um setor considerado rentável pelos agentes econômicos.

Este período desenvolvimentista, relativo ao seu tempo de amadurecimento e crise, compreendido no período de 1945 a 1964, foi marcante para o setor saúde, visto os investimentos do governo na sua estruturação, como se verifica nos acontecimentos mais relevantes sistematizados no Quadro 3.

²⁰ BIELSCHOWSKI (2004, p. 33) sistematiza uma cronologia do desenvolvimentismo no Brasil, em que o período de 1930 a 1944 corresponderia à sua origem, com o amadurecimento no período de 1945 a 1955, e seu apogeu e crise entre 1955 e 1964.

²¹ Plano Salte é considerado como o primeiro plano de desenvolvimento de cunho mais globalizante no país (FEE, 1983, p. 165).

ANO	ACONTECIMENTOS
1946	Decreto Lei nº. 8.550 autorizou o Serviço Nacional de Doenças Mentais a realizar convênios com governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos.
1948	ONU – Declaração Universal dos Direitos Humanos
1950	Plano SALTE – Saúde, Alimentos, Transportes e Energia. Criado pela Lei Federal nº. 196, de 1948, mas aprovado através da Lei nº. 1.102 que dispõe sobre sua execução.
	2ª Conferência Nacional de Saúde, de 21 de novembro a 02 de dezembro.
1953	Criação do Ministério da Saúde
1954	Criação do Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos, pelo incremento da indústria farmacêutica: antibióticos e psicofármacos.
	OMS – Legislação em Matéria de Assistência Psiquiátrica – Comissão de Especialistas em Saúde Mental.
1955	Realizado pela OPAS o Seminário de Viña del Mar (Chile), que teve como objetivo avaliar o ensino da medicina preventiva e social e incentivou o movimento preventivista no Brasil e a difusão das ciências sociais como base da análise do fenômeno saúde/doença.
1960	Lei Orgânica da Previdência Social – Lops
1961	Reunião Especial do Conselho Interamericano Econômico e Social da OEA - CIES promovendo a 1ª reunião de Ministros do Interior dos Países da América Latina, no Uruguai, onde foi elaborada a Carta de Punta Del Este.
	Decreto nº. 49.974 institui o Código Nacional de Saúde.
1962	Criado em cooperação com o PNUD e o ILPES/ Cepal, em Santiago do Chile, o Centro Pan-Americano de Planejamento de Saúde.
1963	Decreto nº. 52.464 fixa as Normas Técnicas Especiais para a Orientação, Organização, Funcionamento e Fiscalização das Instituições de Assistência Médico-Social, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde.
	3ª Conferência Nacional de Saúde, de 09 a 15 de novembro.

Quadro 3 - Síntese da Constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil – Período do Desenvolvimentismo (1945 – 1964).

Fontes: OMS, 1955; FARIA, 1981; FEE, 1983; CERQUEIRA, 1984; COSTA, 1986; COSTA, 1989; DELGADO, 1994; GUIMARÃES e TAVARES, 1994; PAULIN e TURATO, 2004; HOCHMAN, 2005; FIOCRUZ, 2005; RAMOS, GEREMIAS, 2006.

Neste contexto, é realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde (1950), com o tema central sobre higiene e segurança do trabalho, prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes (NORONHA, 2003). A adoção destas iniciativas foi para promover as condições de saúde relativas ao mundo do trabalho, fundamentais para o ciclo de desenvolvimento em curso. O debate, iniciado em 1941, sobre a criação do Ministério da Saúde²² se intensificou, e as condições históricas para sua concretização ocorreram somente em 1953, como uma estratégia de sustentação política do Presidente Vargas que, com o intuito de fazer uma reforma ministerial para contemplar aliados políticos, cedeu à pressão dos parlamentares, que por sua vez aproveitaram este projeto (no Congresso Nacional desde 1950) para imprimir suas posições. A aprovação do projeto de lei de criação do Ministério da Saúde tem particular significado por ter sido a primeira vez que uma decisão sobre o campo da saúde extrapolou o circuito médico-sanitário e se estendeu a um amplo debate entre as forças político-partidárias, pois desde então a escolha do ministro da pasta passou para o campo político, e não mais do setor saúde (HAMILTON; FONSECA, 2003).

Como já assinalado, neste período após a segunda guerra mundial os Estados Unidos da América passaram a exercer um poder hegemônico sobre o mundo capitalista (HOBSBAWM, 1995), o que permitiu a difusão e expansão do seu modelo de assistência sanitária. Este, a partir da década de 1950, consistiu na ênfase do modelo assistencial hospitalocêntrico²³ de alta tecnologia e da prática especializada (ALMEIDA, 1997).

Esta orientação influenciou a saúde mental no Brasil, com o governo promulgando o Decreto de 1946, que estimula a construção de hospitais psiquiátricos pelos governos estaduais, na ótica de consolidar “[...] a política macro-hospitalar pública como o principal instrumento de intervenção sobre a doença mental” (PAULIN; TURATO, 2004, p. 243). Esta política se concretizou com o aumento de hospitais e conseqüentemente, da população institucionalizada: “em 1950 existiam 0,41 internados por 1.000 habitantes; 0,82 em 1970. Enquanto a população geral aumentou 82% em 20 anos, a população do hospital psiquiátrico

²² O Ministério da Saúde foi criado em 25/07/1953, pela lei nº. 1.920, quando se separou do Ministério da Educação e Saúde, este criado em 14/11/1930.

²³ Hospitalocêntrico refere-se à política de considerar o hospital como o centro da atenção à saúde.

aumentou 213%, apesar do advento dos psicotr3picos” (CERQUEIRA, 1984, p. 87-88). Este quadro de valoriza33o da hospitaliza33o psiqui33trica como eixo da pol33tica p33blica de sa33de mental ser33 uma t33nica no Brasil por algumas d33cadas.

Outra contribui33o na constitui33o da pol33tica p33blica de sa33de mental na 33poca foi o aceleramento da industrializa33o, com o est33mulo do governo na produ33o dos medicamentos espec33ficos, os psicotr3picos, atrav33s da cria33o do Laborat33rio Central de Controle de Drogas e Medicamentos, em 1954. O advento destes medicamentos colaborou na efic33cia terap33utica dos transtornos mentais, mas n33o o suficiente para produzir um cuidado extra-hospitalar na medida em que o modelo hospitaloc33ntrico tem v33rios determinantes econ33micos e sociais.

Um deles 33 a urbaniza33o, fen33meno na Am33rica Latina conseq33ente da “acelerada mudan33a da base produtiva de agr33rio-exportadora para urbano-industrial, feita na maioria dos pa33ses, sem a concomit33ncia de uma pol33tica agr33cola que orientasse novas bases e condi33o33es para a vida no per33metro rural” (REIS, 2001, p. 173). Aos grupos populacionais que n33o conseguiram ingressar neste novo padr33o de produ33o, um dos lugares destinados foram os hospitais psiqui33tricos. Em 1950, existiam 24.234 leitos psiqui33tricos e passou para 34.550 leitos em 1955 (ALVES, 1992; BRENER, 1996; COSTA, 2002).

Esta realidade produz v33rios movimentos distintos no campo da sa33de, mas n33o contradit33rios. Por um lado a Organiza33o Mundial da Sa33de (OMS, 1955) analisa as legisla33o33es em sa33de mental em diversos pa33ses, em reuni33o de especialistas em 1954, constatando a 33nfase nos aspectos jur33dicos²⁴ em detrimento dos cuidados em sa33de. Entre outras diretrizes, estabelece a necessidade de serem criadas normas para orienta33o t33cnica do atendimento hospitalar psiqui33trico, referendando o modelo centrado nesta institui33o (OMS, 1955).

Ao mesmo tempo, no ano seguinte, a Organiza33o Pan-Americana da Sa33de (OPAS) realizou o Semin33rio de Vi33na Del Mar (Chile) com o objetivo de avaliar o ensino da medicina preventiva e social e incentivar o movimento preventista no Brasil com a difus33o das ci33ncias sociais como base da an33lise do fen33meno

²⁴ Constata33o de que v33rias leis nacionais exigem o aval da justi33a no reconhecimento da necessidade de interna33o psiqui33trica (OMS, 1955), o que 33 o caso da lei brasileira de 1934 (ver Quadro 2).

saúde/doença (FIOCRUZ, 2005). Estas concepções vão construir o modo de atenção à saúde de base comunitária, a ser desenvolvido principalmente nos centros urbanos, que será ratificada nos anos seguintes pela Conferência de Alma-Ata²⁵, em 1978, na lógica de redução de custos no atendimento básico de saúde, visando reduzir a necessidade de hospitais de custo mais elevado. Este fator econômico motiva os Estados Unidos da América a adotar em 1961²⁶ uma política de saúde mental de desospitalização, visando reduzir os custos excessivos com hospitais psiquiátricos (BANDEIRA, 1991, p. 356-357).

As primeiras críticas aos hospitais psiquiátricos surgem também no período pós-segunda guerra mundial, a partir da experiência de médicos e enfermeiros que foram prisioneiros dos campos de concentração nazistas. Inicia-se, assim, um questionamento crítico de participação destes profissionais em instituições psiquiátricas, que se baseiam em discriminações tão desumanas como as que eles haviam padecido (TUNÖN; ABUDARA, 1988). Este questionamento resultou em vários debates e novas formulações nos países centrais, como o surgimento da Psiquiatria e Psicoterapia Institucional na França; na Inglaterra, o desenvolvimento das Comunidades Terapêuticas e o movimento da antipsiquiatria, que vai defender o louco diante da sociedade, e não mais optar pela sociedade em detrimento do louco.

No Brasil, segue-se a política de centralizar na internação hospitalar a atenção em saúde mental, dinamizada a partir da reorganização da previdência social pela promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em 1960 (AMARANTE, 1994). Pois, “como efeito do ritmo acelerado da industrialização durante a década de 1950, todo o sistema previdenciário cresce em volume de recursos, em aparato institucional e em clientela a ser atendida” (COHN, 1996, p. 18) os benefícios de aposentadorias e pensões prestados pelos IAPs são uniformizados

²⁵ Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na cidade de Alma-Ata, URSS, 6-12 de Setembro de 1978.

²⁶ A partir do final da década de 1950, os Estados Unidos da América passa a planejar ações para a assistência em saúde mental aos grupos sociais desprotegidos de cobertura de assistência à saúde. Por inspiração da psiquiatria social, que surge na Europa, várias legislações são aprovadas visando a criação de centros de saúde mental distritais com financiamento federal. O programa Ações para a Saúde Mental (Action for Mental Health) e a lei de construção de Centros de Saúde Mental Comunitários (1963) no governo Kennedy, programou a existência de 2.300 serviços em todo o país, mas, em meados de 1974, existiam somente 392, devido ao abandono desta política (WING, 1979, p. 247).

e a responsabilidade pela assistência médica passa a ser da Previdência Social, gerando uma rápida expansão da medicina previdenciária.

Cristaliza-se, assim, o vínculo fundamental da Previdência Social com o processo de acumulação: a partir dos anos 60 ela perde gradualmente importância como fonte de recursos para investimentos em setores básicos da economia para servir mais ao controle da capacidade produtiva da força de trabalho empregada, tomando vulto no seu interior a assistência médica, demanda à época não prioritária das classes assalariadas (COHN, 1996, p. 19).

Deste modo, a assistência médica previdenciária passa a ser uma resposta do Estado à classe assalariada, que sofria na sua capacidade de consumo devido às perdas nos valores do salário mínimo²⁷ na época. O entendimento é de que a perda salarial se compensa pela assistência médica, pois “as seqüelas poderão ser tratadas medicamente, as epidemias combatidas, a tuberculose e o desequilíbrio emocional tratados” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1988, p. 248).

O setor saúde segue permeado pela disputa por legitimidade entre os dois blocos existentes: a saúde pública, com seu modelo campanhista e a atenção médica previdenciária, de cunho curativista e privado. Em decorrência desta situação e no cenário econômico e político da época de João Goulart, amplo debate nacional ocorre sobre o papel do Estado na implantação de um efetivo sistema de saúde, com sua grande expressão na 3ª Conferência Nacional de Saúde²⁸ (1963), quando o Ministério da Saúde propôs a criação de um Plano Nacional de Saúde e a Municipalização dos serviços de saúde no Brasil.

A III Conferência Nacional de Saúde conseguiu definir uma filosofia no que diz respeito à saúde, sobretudo: 1º) mostrando as íntimas relações entre saúde e economia; 2º) definindo as necessidades da existência de uma estrutura permanente de saúde; 3º) que esta estrutura permanente deveria ter um nível de responsabilidade municipal com a assistência técnica da área estadual e da área federal [...] (LUZ, 1986, p.101).

Este foi o primeiro debate sobre a necessidade de integração das ações coletivas e individuais de saúde, sob a perspectiva desenvolvimentista, bem como a

²⁷ Oliveira (2003, p. 78) delinea três fases de comportamento do salário mínimo real: a primeira, 1944-1951, reduz pela metade o poder aquisitivo do salário; a segunda, 1952-1957, recuperações e declínios dependentes do poder político dos trabalhadores; e por fim, o ano de 1958 marca a deteriorização do salário mínimo real, que se agrava pós-ano 1964.

²⁸ Mário Magalhães era presidente da Sociedade Brasileira de Higiene e foi Secretário-Geral da 3ª Conferência Nacional de Saúde.

primeira vez que foi discutida a organização dos serviços médicos privados (MERHY; QUEIROZ, 1993). O temário desta Conferência, a primeira após a criação do Ministério da Saúde, revelou a adoção da nova concepção de planejamento em saúde, por isto é situada como num contexto de transição (MOYSÉS, 2005).

A adoção do planejamento como uma ferramenta estratégica no setor de saúde foi constituída a partir da Carta de Punta del Este²⁹ (Uruguay), produto final de uma reunião entre os Estados Unidos da América e os países da América Latina, em agosto de 1961, quando foi lançado o programa *Aliança para o Progresso*. Este encontro teve o propósito de estabelecer uma ação “política de manutenção da imunidade e afastamento da América Latina dos ideais comunistas, implicando assim o alinhamento dos vizinhos do sul às propostas e aos interesses norte-americanos” (PAIVA, 2004, p. 01). O cenário político mundial era o da guerra fria e o evento foi desencadeado pela Revolução Cubana em 1959, e o conseqüente alinhamento político e econômico de Cuba com a então União das Repúblicas Socialistas Soviéticas.

A partir da Carta de Punta del Este firmou-se entre os países o compromisso de criar nos ministérios unidades de planejamento integradas aos organismos de planejamento de desenvolvimento econômico e social. A saúde foi reconhecida como um componente essencial do desenvolvimento e foi enfatizada a necessidade do planejamento, sob a condução do Estado, para a consecução dos objetivos nacionais de bem-estar, democracia e segurança, a partir de um plano de ações para a Região da América Latina.

O circuito médico-sanitário corroborou e incorporou esta posição, como foi expresso no XV Congresso Brasileiro de Higiene em 1962: “fazer da saúde pública um instrumento efetivo no auxílio ao desenvolvimento econômico [...]” (LUZ, 1986, p. 98). Na prática, esta concepção gerou um crescimento das redes de saúde públicas estaduais e municipais, e no atendimento de Pronto-Socorro, para atender a população excluída do sistema previdenciário.

²⁹ Documento aprovado na Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social – Organização dos Estados Americanos (OEA).

Contudo, a discussão sobre as necessárias alterações na política de saúde é interrompida pela instauração da ditadura militar, em 1964, e pelos seus vinte e um anos de duração. A ditadura militar desmantelou os poderes estaduais e municipais e intensificou a centralização das ações de saúde, ao mesmo tempo em que organizou quatro Conferências Nacionais de Saúde³⁰. A ausência de debate e de fortalecimento das vontades políticas nos níveis regionais e locais, aliados à implantação de reformas institucionais, afetou a saúde pública e a medicina previdenciária existente, como conseqüência do impacto da ditadura na vida social e individual dos brasileiros,

[...] realizando uma síntese nova e perversa, reorganizou os traços institucionais do sanitarismo campanhista e os do modelo curativo da atenção médica previdenciária [...] numa estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país (LUZ, 1991, p. 81).

Este sistema é o de cuidados médicos individuais como padrão de saúde, que orienta um crescimento avassalador da produção quantitativa de atos médicos, com conseqüente construção financiada pelo setor público, de grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados e a multiplicação de egressos das faculdades de medicina e de odontologia (GUIMARÃES; TAVARES, 1994).

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, unificou os institutos existentes e passou ao comando do poder executivo federal, com eliminação da participação direta dos trabalhadores na sua administração, ato que revelou as características de centralização e autoritarismo do regime militar. O serviço médico torna-se um tipo de estratégia de maior relevo na relação estabelecida entre Estado e sociedade, traduzida como bem de consumo da sociedade (LUZ, 1991; COHN, 1996). A 4ª Conferência Nacional realizou-se em 1967, num ambiente de recrudescimento do autoritarismo e repressão às manifestações contrárias ao regime, com debate limitado aos recursos humanos do setor.

Estes acontecimentos e os demais relevantes deste período do regime militar (1964-1985) estão sistematizados no Quadro 4.

³⁰ Ver Apêndice A.

ANO	ACONTECIMENTOS
1966	Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, substituindo os antigos Institutos de Aposentadoria e Pensões por categorias de trabalhadores.
1967	Campanha Nacional de Saúde Mental – Ministério da Saúde, Decreto nº. 60.252.
	4ª Conferência Nacional de Saúde, de 30 de agosto a 04 de setembro.
1972	OPAS e Ministério da Saúde assinam “Acordo para a execução de um Programa de Saúde Mental no Brasil”.
1973	A OPAS e a Fundação Kellogg apóiam técnica e financeiramente a criação do primeiro curso de medicina social no Rio de Janeiro, o Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ.
	Inamps – Manual de Serviço, valorizando a psiquiatria de comunidade para a assistência extra-hospitalar. Resolução nº. 304.
1974	Presidente Ernesto Geisel envia ao Congresso o II Plano Nacional de Desenvolvimento – II PND.
	Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social
	Ministério da Saúde estabelece o sistema hierarquizado e regionalizado de saúde mental. Portaria nº. 32.
	OMS – Comitê de especialistas, em outubro – Genebra.
1975	Lei 6.229 cria o Sistema Nacional de Saúde, estabelecendo os campos institucionais da saúde coletiva e da saúde individual.
	5ª Conferência Nacional de Saúde, de 05 a 08 de agosto.
1976	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS.
	Criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, por ocasião da 28ª reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), da qual participaram profissionais ligados aos departamentos de medicina preventiva e social do RJ e SP. Em novembro, o CEBES lançou a Revista Saúde em Debate com o objetivo de ampliar e levar adiante as discussões e as análises do setor saúde.
1977	Adotada pela Assembléia Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde – OMS, a meta de saúde para todos no ano 2000, na IV Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas.
1977	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – Simpas.
	6ª Conferência Nacional de Saúde, de 01 a 05 de agosto.

continua

continuação

1978	Conferência Internacional de Alma Ata, promovida pela OMS e a UNICEF. Atenção Primária de Saúde (APS) é definida então como a estratégia principal para a expansão das coberturas dos serviços de saúde a toda a população e a participação comunitária é incorporada como um dos princípios fundamentais.
	Criação do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social – Inamps.
	Criação do Plano Integrado de Saúde Mental - Pisam.
1979	1º Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em São Paulo.
	Criada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco, durante a I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área de Saúde Coletiva, promovida por: Ministério da Saúde, da Previdência e Assistência Social e Organização Pan-Americana de Saúde.
	3º Congresso Mineiro de Psiquiatria, com a presença de Franco Basaglia e Robert Castel.
	1º Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, sendo um marco expressivo do Movimento Sanitário.
	O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) apresentou e discutiu a primeira proposta de reorientação do sistema de saúde.

Quadro 4 - Síntese da Constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil – Período do Regime Militar (1964 – 1985)

Fontes: FARIA, 1981; FEE, 1983; COSTA, 1986; COSTA, 1989; DELGADO, 1994; GUIMARÃES; TAVARES, 1994; AMARANTE, 1995a; HOCHMAN, 2005; FIOCRUZ, 2005; RAMOS, GEREMIAS, 2006.

No campo de saúde mental, destaca-se o Decreto nº. 60.252, que instituiu a Campanha Nacional de Saúde Mental no âmbito das ações do Ministério da Saúde. As suas finalidades e objetivos estão fundamentados nas concepções campanhistas e da higiene mental, visando resolver o déficit de hospitais psiquiátricos. Contudo, contempla duas inovações: uma, explícita, relativa a um esforço que deve ser feito para a ampliação e distribuição de ambulatórios de saúde mental no país, com o fim de “diminuir a necessidade de internação e assegurar a assistência terapêutica sem afastar pacientes de seu ambiente social e familiar” (BRASIL, 1968, p. 45). A outra inovação, esta implícita no documento, é relativa à adoção do planejamento como ferramenta para o desenvolvimento das ações propostas, de abrangência nacional e com atribuições a cada esfera de governo.

Durante o governo Geisel (1974 a 1979), a coalizão política do regime militar passa por uma crise de legitimidade e perda de sustentação, bem como uma crise econômica, gerada pela desestabilização no mercado internacional do petróleo em 1973³¹, que colaborou para o fim do período de milagre econômico brasileiro, com o aumento da dívida externa para custear o aumento das importações. O governo tomou a decisão de elevar as taxas de crescimento com a implantação do II Plano Nacional de Desenvolvimento – II PND³².

O II PND anunciou o compromisso de aumentar o padrão de vida da população, a partir da elevação dos salários, como estratégia para obtenção de apoio à abertura política, e a não adoção de medidas para o setor produtivo absorver seus custos crescentes, o que resultou na elevação da taxa de inflação “que pode ser parcialmente explicada como um resultado da competição de setores e grupos sociais por aumentos em sua fatia de renda nacional” (BAER, 1988, p. 410). Na área da saúde, o Plano define claramente dois grandes campos institucionais: o do Ministério da Assistência e Previdência Social, criado em 1974, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado, visando organizar e ampliar os benefícios sociais com a incorporação de segmentos populacionais à previdência social³³. Possibilitou o crescimento quantitativo da oferta de serviços e da instalação de unidades assistenciais de saúde com o financiamento do fundo previdenciário, arrecadado das empresas e dos salários.

O outro campo institucional foi o Ministério da Saúde, de caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo e para a saúde mental, a criação de um sistema hierarquizado e regionalizado. Esta orientação esteve em sintonia com a recomendação dos especialistas da OMS que, em reunião em Genebra, emitem parecer sobre saúde mental nos países em desenvolvimento e

³¹ Outubro de 1973 - Países árabes tentam pelo confronto bélico com Israel recuperar seus territórios ocupados, e usam o petróleo como arma, com o embargo da OPEP às vendas para as potências ocidentais.

³² II PND para o período de 1975 a 1979 previu investimentos de larga escala e grande taxa de crescimento para os setores como da indústria de base, infra-estrutura econômica e social, mineração (BAER, 1988, p. 409).

³³ Benefícios criados: Renda Mensal Vitalícia; salário-família; salário-maternidade; auxílio-natalidade e diferenciação do plano previdenciário urbano e rural (DRAIBE, 1993b).

recomendam: descentralização no atendimento, criação de formas de prevenir, tratar e reabilitar e condenam a construção de hospitais psiquiátricos para a reclusão de doentes mentais (FARIA, 1981).

Na gestão Geisel, realizaram-se duas Conferências Nacionais, diferentemente do período anterior da junta Militar e governo Médici, quando foi instalado e mantido o Ato Institucional nº 5³⁴, e não realizaram nenhuma. A 5ª Conferência teve como tema central o Sistema Nacional de Saúde, e a 6ª, o controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde, propondo o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) e Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - Prev-Saúde, que teve como finalidade “imprimir uma maior racionalidade ao sistema de saúde” (MERHY; QUEIROZ, 1993, p. 6). Notadamente, estas propostas estão sob a influência do II PND, uma vez que os participantes eram delegações de técnicos representando órgãos federais, os estados e nomes expressivos da medicina, correspondendo ao período de planejamento estatal das Conferências Nacionais de Saúde (MOYSÉS, 2005).

Neste contexto, se configura um novo quadro institucional na política de proteção social, em que se destacam outras iniciativas relevantes³⁵: a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas)³⁶ e do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), responsável pela assistência médica. A presença institucional do Inamps em todos os estados como representante do poder central dificultou ainda mais a capacidade do poder local de formular e deliberar sobre políticas de saúde, que associada ao “[...] asfixiamento da capacidade financeira autônoma dos estados e dos municípios estabelecido pela Emenda Constitucional de 1969 [...]” (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994, p. 78) dificultou a condução descentralizada de políticas sociais nas esferas estaduais de governo. Do mesmo modo, estas iniciativas incrementaram a privatização no setor da saúde, tendência histórica na realidade sanitária brasileira.

³⁴ Decretado pelo Presidente Costa e Silva em 1968, que deu ao regime poderes absolutos e as liberdades individuais ficaram restritas e desrespeitadas no Brasil.

³⁵ Ver Quadro 4, pg. 41.

³⁶ O Sinpas articulou diversos institutos e autarquias existentes, sendo formado então pelo IAPAS (administração previdenciária); INPS (benefícios previdenciários); LBA (assistência social); Funabem (assistência ao menor); e Dataprev (processamento de dados).

Com as mudanças efetivadas na sociedade brasileira a partir do golpe militar de 1964, a assistência à saúde foi caracterizada por uma política de privatização maciça. Esta política, desde a unificação dos IAPs, criando o INPS em 1966, durante o Governo Castelo Branco, foi implementada de forma mais efetiva no Governo Costa e Silva e seguida pelos que o sucederam (COSTA, 2002, p. 10).

No período da “abertura lenta e gradual” do governo Geisel, ocorre o decréscimo nos recursos destinados à saúde, e a insatisfação com o padrão de cuidado à saúde. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) proposto pela 6ª Conferência Nacional de Saúde é adotado, absorvendo também as orientações da Organização Mundial da Saúde, definidas na sua Assembléia Mundial da Saúde (1977) e referendadas pela Conferência Internacional de Alma-Ata: Atenção Primária à Saúde e de Saúde para todos no ano 2000. O artigo sexto do documento explicita os propósitos e a orientação aos países em desenvolvimento sobre a atenção à saúde.

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (OMS, 1978).

Esta política propicia o incremento da oferta de serviços ambulatoriais básicos à população excluída do acesso a equipamentos sociais (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994) como uma forma também de contrabalançar o grau de privatização da assistência médica expandida pela criação do Inamps. O Plano Integrado de Saúde Mental é estabelecido, prevendo a formação das primeiras equipes multiprofissionais de saúde mental nas coordenações estaduais de saúde. Visou a formação de médicos generalistas para atender à clientela da saúde mental e o estímulo à formação de equipes ambulatoriais multiprofissionais de saúde mental. Mas, de concreto, a oferta de serviços não foi suficiente, pois no campo da saúde, a década de 1970 foi marcada pela baixa destinação orçamentária, em patamares “sempre inferiores a 2 % da despesa geral da união” (COHN, 1996, p. 38).

O final dos anos 1970 foi marcado, no campo político, por mudanças nas regras autoritárias do regime militar, com a extinção, em 1978, do Ato Institucional

n.º 5, que possibilitou o avanço das forças políticas de oposição e a sua vitória nas eleições para governador, na maioria dos estados, em 1982. No campo da saúde mental, nas duas últimas décadas deste período houve um intenso esforço de recolher doentes para os hospitais psiquiátricos, “com ambulâncias percorrendo as cidades, especialmente após os jogos de futebol, identificando indivíduos que portassem a carteira do INPS e que estivessem dormindo embriagados na via pública. Após averiguações, eram levados e internados com o diagnóstico de psicose alcoólica” (COSTA, 2002, p. 10). No ano de 1971 já existiam 80.000 leitos psiquiátricos no Brasil (ALVES, 1992; BRENER, 1996; COSTA, 2002). Este era o cenário da política de saúde mental, condição esta que determinou mudanças na década posterior.

Decifrar para ver as interconexões históricas e sociais é fundamental para se entender e explicitar a dinâmica dos fenômenos sociais. No período da República Velha até a ditadura militar, verificou-se alguns pressupostos fundamentais para a análise do setor saúde. Entre eles, destaca-se a visão do Estado sobre a contribuição estratégica do setor tanto na reprodução das condições de vida das classes de trabalhadores, como para o desenvolvimento da nação; conceitos teóricos como o higienismo e a noção liberal da medicina, e, por conseguinte, a histórica fragmentação entre saúde coletiva x atendimento médico individualizado, como a ênfase dos interesses do mercado no setor.

A interconexão de interesses do capitalismo mundializado também fica evidente pelas diferentes formas de orientação através dos organismos multilaterais. Pode-se dizer que estas orientações marcaram definitivamente a política de saúde, como a ênfase ora na hospitalização, ora na atenção primária, com destaque na saúde mental; no ingresso do planejamento como ferramenta fundamental para a organização e funcionamento do sistema de saúde. Estas características vão fundar e constituir as políticas de saúde e saúde mental no Brasil, influenciando o momento seguinte, quando ambas passam por processos de reforma.

Mas ao mesmo tempo, como reação a esta lógica mercantil e centralizadora da saúde e do modelo hospitalocêntrico e manicomial na saúde mental, vários segmentos profissionais e forças no legislativo começam a organizarem-se,

tornando o ano de 1979³⁷ profícuo no debate e na geração de novos patamares conceituais, marcando o período seguinte da trajetória brasileira no campo da saúde e da saúde mental.

2.2 AS REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Os anos 1980 produziram profundas transformações no sistema de saúde brasileiro, determinadas pelo quadro de crise econômica, social e política, advindas da queda do produto interno bruto, da aceleração inflacionária e redução na capacidade de investimento econômico, da perda da hegemonia das forças que sustentavam o regime militar e da forte reação de vários segmentos sociais contra as condições de vida instaladas. Como conseqüências, os rendimentos dos assalariados foram retraídos, principalmente daqueles com salários próximos ao mínimo; redução dramática do nível do emprego que reverteu um processo de formalização do mercado de trabalho erigido nos anos precedentes e aceleração da desigualdade social (FIORI; KORNIS, 1994).

Vários segmentos majoritários da sociedade brasileira mobilizam-se para encerrar o ciclo ditatorial, correspondendo ao momento em que os países da América Latina fazem adesão aos princípios da democracia liberal, revestindo-se de caráter transformador em relação ao tipo de Estado até então presente. Estas relações entre sociedade e Estado passam a ter as características de estado de direito, pluralismo político e sistema de representação partidária (SOLA, 1999), e criam as condições históricas para o processo de democratização.

A década da crise foi também para o Brasil a década da democratização e, enquanto a primeira veio gradativamente minando os recursos disponíveis para o gasto social, a segunda impulsionou movimentos generosos de reformas do seu sistema de proteção (DRAIBE, 1993a, p.22).

As mudanças ocorridas marcaram a formulação de nova concepção de saúde e de saúde mental, e criaram novos desenhos institucionais, alterando significativamente a política pública e a relação dos segmentos sociais envolvidos com a gestão da saúde, com se constata no Quadro 5.

³⁷ Ver Quadro 4, pg. 41.

PERÍODO	ANO	ACONTECIMENTOS
REGIME MILITAR	1980	7ª Conferência Nacional de Saúde, de 24 a 28 de março.
		Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde)
		2º Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Salvador.
	1982	O Conselho Consultivo de Administração Previdenciária propõe o Plano do Conasp – Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, que após aprovado torna-se política institucional oficial, por portaria n 3.062.
1983	Implantação das Ações Integradas de Saúde	
NOVA REPÚBLICA	1985	Reunião de Secretários Municipais de Saúde, realizada em Montes Claros em janeiro, lança a Carta de Montes Claros, chamada de “Muda Saúde”, estabelecendo o marco referencial de um novo movimento municipalista em saúde, lançando as bases para sua institucionalização.
	1986	Congresso de Bauru, dos Trabalhadores de Saúde Mental, SP.
		8ª Conferência Nacional de Saúde, de 17 a 21 de março.
		1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OMS), em Ottawa, Canadá, que aprova a Carta de Ottawa para Promoção da Saúde, documento referencial no assunto desde então.
	1987	Criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS
		1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, Rio de Janeiro, 25 a 28 de julho de 1987.
	1988	Nova Constituição Federal
2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OMS), em Adelaide, Austrália. Tema Políticas Públicas Saudáveis.		
1989	Transferência do Inamps para o Ministério da Saúde	

Quadro 5 - Síntese da Constituição das Políticas de Saúde e Saúde Mental no Brasil – Período do Regime Militar e da Nova República (Década de 1980)

Fontes: FEE, 1983; COSTA, 1986; LANCETTI, 1987; AMARANTE, 1995a; GUIMARÃES, TAVARES, 1994; BRASIL, 2004; HOCHMAN, 2005; FIOCRUZ, 2005.

A Previdência Social encontrava-se numa crise financeira, em forma de déficit operacional, em decorrência das políticas econômicas recessivas. A expansão da cobertura de beneficiários, sem a respectiva criação de novas fontes de financiamento que assegurassem os recursos necessários, são alvos de crítica, por seu caráter de estratégia de recomposição de base do governo autoritário.

As críticas ao modelo de saúde vigente se intensificam por parte dos movimentos populares emergentes; assim como ocorreu uma forte “[...] influência internacional de democratização dos serviços de saúde e a necessidade do governo

buscar legitimidade” (NESCO, 1988, p. 32) fazendo com que o Ministério da Saúde emita sinais de mudança, convocando a 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1980, com o tema “Serviços Básicos de Saúde”. Os participantes debatem sobre o Prev-Saúde e a extensão das ações de saúde através dos serviços básicos (MOYSÉS, 2005), mas o debate sobre este programa não ficou restrito à Conferência, pois foi geral a avaliação crítica de que o mesmo centralizou ainda mais as decisões, esvaziando a capacidade decisória das Secretarias Estaduais de Saúde.

A assistência médica sofre drástica redução de recursos neste período, e, para enfrentar a crise, em 1982, é criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), substituindo o Prev-Saúde. Este consistiu numa organização da assistência médica da Previdência Social, estabelecendo como princípios a prioridade das ações primárias, com ênfase na assistência ambulatorial e a integração dos níveis federal, estadual e municipal, num sistema regionalizado e hierarquizado.

As Ações Integradas de Saúde (AIS) implantadas em 1983, resultantes do recente ordenamento na política de saúde, visaram alcançar níveis de articulação institucional que viabilizassem ações mais eficientes e eficazes, e produziram “um deslocamento relativo de recursos financeiros da Previdência para o setor público prestador de serviços de saúde e promoveram uma integração das ações setoriais” (MERHY; QUEIROZ, 1993, p. 6). Suas diretrizes foram: universalidade do atendimento; integralidade e equidade da atenção à saúde, e democratização através da participação da sociedade civil e do controle social pelos usuários.

O Ministério da Previdência e Assistência Social incrementou o modelo de “cuidados médicos individuais como padrão de saúde” (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994), orientando um crescimento avassalador da produção quantitativa de atos médicos, com conseqüente construção de grande número de hospitais, estes financiados pelo setor público, e compra de vagas no setor privado³⁸. Este período, denominado de privatização da assistência médica previdenciária, é uma

³⁸ Em 1949 o gasto com saúde pública correspondia a 13% em medicina curativa (modelo hospitalocêntrico) e 87% em medicina preventiva; no final dos anos 1980, invertem-se estes percentuais, passando respectivamente para 78% e 22% (DRAIBE, 1993 b).

característica desta fase pela “reorientação da política nacional de saúde para uma prática médica curativa, individual, especializada e sofisticada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo” (TEIXEIRA, 1986, p.107).

Por conseqüência, esta política de extensão da rede de leitos no setor privado, com financiamento público, resultou num maior impulso ao modelo da internação psiquiátrica nas ações de saúde mental, com um aumento de três vezes no número de estabelecimentos psiquiátricos (ALVES, 1992; DELGADO, 1994). O número de leitos existentes em 1981 era 100.000 e em 1984 passam para 105.765 em todo o Brasil (ALVES, 1992; BRENER, 1996; COSTA, 2002), numa proporção de 80% dos leitos contratados no setor privado e os 20% restantes no setor público (TENÓRIO, 2002).

Assim, o aumento das internações psiquiátricas no período apresentado está relacionado a uma resposta do Estado à falta de emprego como uma forma de responder à questão social; o Estado realiza uma modalidade de proteção social proporcionando a acumulação no setor privado da saúde mental. “[...] estimativas da década de 80 mostram que cerca de 17 milhões de brasileiros encontram-se afetados por alguma forma de transtorno mental. Destes, 500 mil encontram-se confinados nos diversos hospitais psiquiátricos no país” (REICHENHEIM; WERNECK, 1994). A presença do setor privado contratado pela Previdência Social é relevante na oferta de serviços de hospital psiquiátrico ao longo de seis décadas, como se constata na Tabela 01.

Tabela 01 - Número de hospitais psiquiátricos por natureza no Brasil, 1941 a 1991

Hospitais psiquiátricos/ natureza	1941	1961	1971	1981	1991
Privado - Filantrópico	39	81	269	357	259
Público	23	54	72	73	54
Total de hospitais	62	135	341	430	313

Fonte: ALVES, Domingos Sávio N. et al. Elementos para uma Análise da Assistência em Saúde Mental no Brasil. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2, Brasília. *Anais*. Ministério da Saúde, 1992.

Os dados da Tabela 01 revelam, primeiramente, que a proporção de hospitais privados filantrópicos é de 82,7% em 1991. Revelam também os efeitos da política de construção de hospitais psiquiátricos a partir do período desenvolvimentista e o seu aumento extraordinário na maior parte do regime militar, com financiamento público. Revelam também uma redução no número de hospitais psiquiátricos no período de 1981 a 1991, que pode ser creditada a mudanças na política estatal, que passou a incentivar a oferta de serviços ambulatoriais previdenciários em saúde mental. O governo realiza uma avaliação dos rumos das internações psiquiátricas e cria medidas de incentivo ao tratamento extra-hospitalar, seguindo as orientações dos Programas de “Atenção Primária” e “Saúde para todos no ano 2.000”, que a OMS estabeleceu para propiciar o “incremento da oferta de serviços ambulatoriais básicos à população excluída do acesso a equipamentos sociais” (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994, p. 79).

Esta avaliação é conduzida pelo Inamps, responsável pelo pagamento das internações, que em 1982 faz um diagnóstico das internações psiquiátricas no Brasil, concluindo que estas cresceram em 15% ao ano desde a década de 1970, com indicações desnecessárias, manipulações de diagnósticos para fins de ampliação de prazos de internação e uso do expediente de dar alta seguida de imediata reinternação. A Portaria nº. 3.108 foi lançada para regular mudanças no modelo assistencial em saúde mental, calcadas nos seguintes princípios: a) ser predominantemente extra-hospitalar, b) ser exercida por equipe multidisciplinar, c) incluir-se numa estratégia de atenção primária de saúde, d) utilizar recursos intermediários entre o ambulatório e a internação integral, como hospital-dia, hospital-noite, pré-internação, pensão e oficina protegidas, e) restringir a internação aos casos estritamente necessários, f) promover a implantação progressiva de pequenas unidades psiquiátricas em hospitais gerais (BRASIL, 1982).

As medidas, acima relacionadas, foram instituídas num contexto particular na história brasileira, na conjuntura de crise econômica e política do ciclo ditatorial, que anunciava sinais de desgaste e começou a ceder no seu autoritarismo: início da organização de entidades sindicais, o retorno do pluripartidarismo e vitória da oposição nas eleições diretas para governadores em 1982, e a grande mobilização de um conjunto de movimentos sociais lutando por variados temas relacionados às

condições de vida. A inflação marcou índices alarmantes (em 1980, 110%, em 1983, 200%), o analfabetismo chegou a 25% dos habitantes, e o acesso aos serviços de saúde estava prejudicado pela discriminação existente entre os segurados, cujos serviços tinham maior volume de investimento e, mesmo assim, insuficientes, e os dependentes da oferta de precários serviços estatais, com ínfimo investimento, e da filantropia, responsável principal pela oferta de serviços hospitalares.

Este é um quadro sintético do último governo militar, que teve a tarefa histórica de iniciar o processo de democratização no país, com a população brasileira organizada em várias forças sociais e políticas criticando e propondo mudanças nos rumos da Nação. O movimento pelas Diretas Já e a luta por uma Constituinte Livre e Soberana demonstraram o novo cenário de participação popular sob o auspício da cidadania. Assim “a sociedade brasileira retoma sua trajetória na construção da democracia, deparando-se com um surto de exigências de cidadania, oriundos de diferentes grupos” (FERREIRA, 1993, p. 21).

O período da Nova República (1985) foi de transição democrática, com o restabelecimento de eleições diretas em todo o território nacional e a convocação de uma nova constituição, com o fim de fundar um novo consenso político e social para o país após o fim do ciclo ditatorial. O desafio na área econômica era a contenção da inflação, e para tanto vários planos foram implantados, cujas conseqüências repercutem em alguns setores até os dias atuais.

Em relação ao setor saúde, o governo anunciou a crise econômica e sua incapacidade de financiá-la, intensificando o debate nos movimentos sociais, nas categorias profissionais e no campo acadêmico, comprometidos com mudanças sociais. Denunciaram as condições de saúde da população e propuseram alternativas para a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tendo como componentes essenciais a descentralização, a universalização, participação da população e a unificação no setor.

A conseqüência da ampla mobilização pela reforma do setor saúde no bojo dos debates pela democratização política brasileira criou as condições políticas para a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Democracia é Saúde”. Representou um dos acontecimentos mais significativos de sedimentação

das propostas que vinham sendo construídas e de encaminhamento para uma legitimidade social e política na área da saúde, e a primeira Conferência Nacional a se realizar após a restauração da democracia no país.

Participaram cerca de quatro mil pessoas, representantes de vários segmentos da sociedade, propondo novo conceito de saúde, entendido como resultante das condições de vida da população numa determinada sociedade, rompendo deste modo com o entendimento de igualar saúde com ausência de doença. As diretrizes desta Conferência são resultantes da produção crítica sobre o setor saúde, onde diferentes forças sociais construíram o movimento da Reforma Sanitária.

O conceito de Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (TEIXEIRA, 1989, p. 39).

Esta nova concepção sobre a saúde está calcada nos princípios de universalização, descentralização, participação, e de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, estabelecida no processo de proposições da mudança do sistema de saúde, foram objeto de uma grande mobilização para que fosse assumida pela Assembléia Constituinte. Esta concepção foi legitimada na Constituição Federal de 1988, que foi a base para a Lei Orgânica da Saúde - Sistema Único de Saúde - SUS, na forma das Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90.

O significado inovador do movimento da reforma sanitária foi sua proposta de ruptura com a forma histórica de constituição da política de saúde no Brasil: centralizadora, autoritária, privatista, hospitalocêntrica, meritocrática e residual. A política de saúde tem uma amplitude que extrapola o próprio setor, pois desde o seu nascimento na primeira República até o período de democratização do país, esteve no cerne dos debates e da constituição das políticas sociais desenvolvidas pelo Estado brasileiro.

[...] as políticas e instituições de saúde desempenharam um papel histórico para a construção e estabilização da ordem sociopolítica brasileira. Ajudaram mesmo a modelar certos traços estruturais dessa ordem, entre as

quais a tendência à concentração de poder e à exclusão das classes populares dos circuitos de decisão econômica, política e cultural do país (LUZ, 1991, p. 77-78).

A saúde representa tanto um valor universal na sua dimensão de cuidados para a manutenção e qualidade de vida, quanto um setor estratégico de política pública, no atendimento das condições necessárias para a reprodução social. Quando se entende política social também como uma estratégia de hegemonia, estão contempladas tanto a capacidade da classe dominante de reafirmar sua soberania, como a possibilidade da classe dominada de articular seus projetos sociais, pois,

As lutas na esfera da reprodução, de caráter predominantemente policlassista, não deixam de ser um campo propício à constituição de sujeitos políticos e de projetos que interpelam as múltiplas forças sociais atuantes desde uma perspectiva de classe (FLEURY, 1994, p. 51).

Deste modo, o movimento da reforma sanitária significou uma articulação de forças sociais com uma mesma direção: qualificar a atenção em saúde e torná-la pública, como direito universal dos cidadãos. A amplitude deste debate nacional sobre a questão da saúde forjou as condições para a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), através de Decreto em 1987, com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS. Estabeleceu a reorganização das atribuições dos três níveis de poder, numa ação conjunta inédita do Ministério da Saúde e da Previdência Social, dando ênfase ao nível estadual.

As Ações Integradas de Saúde vão ganhar maior expressão nacional, constituindo-se em importante estratégia no processo de descentralização da saúde, e contemplando a participação na estrutura da saúde, através dos colegiados representativos para acompanhamento da política de saúde - as Comissões Interinstitucionais de Saúde no âmbito nacional (CIS), estadual (CRIS) e municipal (CIMS), que formaram as bases para os Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, a partir da Lei 8.142, de 1990.

O SUDS alterou o papel do Inamps que passou a ter as funções de planejamento, programação orçamentária e acompanhamento do sistema de saúde,

deixando de ser prestador de serviço. Ao mesmo tempo em que o SUDS possibilitou a superação de uma dicotomia histórica entre saúde pública (Ministério da Saúde) e atenção médica curativa (Ministério da Previdência e Assistência Social), não resolveu conflitos existentes, principalmente na definição clara de papéis entre estados e municípios.

A própria União não aplicou seu discurso de descentralização, tendo somente no ano seguinte franqueado a cessão de unidades hospitalares e de pessoal para os estados, que na prática, não se efetivou por muitos anos. As medidas descentralizadoras adotadas foram de transferência às Secretarias da Saúde a gestão de contratos e convênios de serviços de terceiros. Contudo, a definição de valores e dos sistemas de pagamentos permaneceu com o Inamps.

O município ficou num papel de coadjuvante, como prestador e executor de serviço, sendo tratado com relativa heterogeneidade e clientelismo pelas Secretarias de Saúde. Apesar dos obstáculos, o SUDS sobrevive até a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, que por sua vez ocorreu porque as forças sociais organizadas em prol do movimento de reforma sanitária conseguiram incorporar suas premissas na Constituição Federal de 1988.

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa a consagração do direito à saúde como preceito constitucional e a existência de um arcabouço jurídico-legal pleno, de cunho universalista e igualitário (DALLARI, 1995). Define saúde como direito de cidadania e dever do Estado, implicando numa visão desmedicalizada da saúde, na medida em que subentende uma definição afirmativa, diferente da visão tradicional, típica das instituições médicas, que identifica saúde com ausência relativa de doenças.

Nesta mesma direção, no campo de saúde mental também se expressou uma importante movimentação dos segmentos sociais nele implicados. Inicialmente os trabalhadores de saúde mental, seguidos pelos usuários dos serviços e seus familiares, passam a reivindicar alterações no modo de atenção vigente. A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), realizada após embates entre o governo e o movimento da saúde mental (AMARANTE, 1994) teve como eixos de

debate a luta pela cidadania das pessoas com transtornos mentais e a reversão do modelo manicomial hospitalocêntrico.

O ingresso dos profissionais ligados à Instituição psiquiátrica, os trabalhadores em Saúde Mental: “[...] representa o transbordamento de uma questão de natureza social e política, como a saúde mental, até então rigidamente contida nos muros de um saber hegemônico marcadamente corporativo” (DELGADO, 1994, p. 173). Os profissionais passam a examinar a sua forma de intervenção ao criticarem o modo de produção do binômio saúde-doença e constatarem que:

O cidadão é aquele que possui uma saúde ou um corpo apto para ser incluído na produção. Mas, da mesma maneira que o estatuto do cidadão vai-se configurando historicamente ligado aos processos produtivos, o estatuto do louco vai-se constituindo em relação aos processos de anti-produção. Loucos são aqueles que a violência da máquina social sucateia e que nós, trabalhadores de saúde mental, temos por encargo administrar (LANCETTI, 1987, p. 87).

O Movimento da Luta Antimanicomial passou a denunciar as condições de segregação social dos portadores de transtorno mental. Propôs mudanças de concepção sobre a doença mental, o direito destes passarem a ser considerados cidadãos e alteração no modelo de atenção terapêutico hegemônico, o hospitalocêntrico. O horizonte deste Movimento revela a busca da ampliação ou criação de espaços participativos e democráticos, pois “os direitos humanos surgem junto a uma revalorização da democracia como construção, e não como algo dado e preexistente” (CALDERÓN; JELIN, 1987, p. 80).

Assim, o movimento social imprime uma luta tanto no campo político ao fazer o debate sobre a necessária conquista de direitos de segmentos da população, bem como no campo do conhecimento, ao estabelecer novas categorias teóricas, filosóficas e práticas no campo da Saúde Mental, que indicam a necessária inclusão do portador de transtorno mental no espaço dos cidadãos.

Os transtornos mentais são problemas de natureza e solução distintas das doenças orgânicas; o problemático mental, além das necessidades comuns, tem necessidades especiais que se aguçam exponencialmente nos momentos de crise; integração e reintegração social plena são os suportes mais consistentes da cura; o exercício de direitos e liberdades individuais estarão sujeitos a limitações, exclusivamente com o fim de assegurar os mesmos direitos e liberdades de outrem; o isolamento e a segregação comprometem o projeto terapêutico, impedem o exercício da cidadania e fragmentam a inserção social (PADRÃO, 1992, p. 13).

O movimento da Psiquiatria Democrática italiano influenciou o movimento brasileiro da luta antimanicomial, principalmente após a visita de Basaglia (1979) num evento em Minas Gerais³⁹. A crítica e a prática na mudança no modo de atenção centrado no hospital psiquiátrico construíram o conceito de desinstitucionalização (BARROS, 1994). Esta propõe outra modalidade de atenção e de relação terapêutica, garantindo os espaços dos sujeitos envolvidos, sejam os que padecem de transtorno mental, sejam os operadores ou os trabalhadores em saúde mental.

A desinstitucionalização é um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas enquanto sujeitos que sofrem. É provável que não se resolva por hora, não se cure agora, mas no entanto seguramente se cuida. Depois de ter descartado a “solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p. 33).

A partir destes debates, o hospital psiquiátrico passa a ser traduzido como uma instituição manicomial em decorrência de seu modo *operandis* gerar uma conseqüente degradação nos indivíduos pela massificação do atendimento a partir das classificações nosológicas, o que cria uma despersonalização dos sujeitos; utilização de espaços restritivos como medidas terapêuticas, gerando uma dupla mortificação; desconhecimento do motivo da internação por parte do próprio indivíduo internado; ausência de privacidade e de liberdade de expressão; violação de correspondência; negação da sexualidade; infantilização; acesso à atividade como prêmio e a interdição civil.

A internação psiquiátrica é um ato complexo, envolvendo vários fatores, e do qual participa como força importante a ideologia do isolamento do doente mental. A reversão de tal tendência implica a subversão de um conceito amplo e longamente difundido pela própria psiquiatria (DELGADO, 1994, p. 183).

Portanto, o manicômio como uma instituição total (GOFFMAN, 1990) é um lugar de segregação, de mortificação e degradação da individualidade e identidade dos sujeitos, que materializa a lógica de aceitação da segregação e da violência, bem como refratário às interfaces com a dinâmica social. Após a contextualização

³⁹ Ver Quadro 4, pg. 41.

sobre a gênese e consolidação da política de saúde e saúde mental no Brasil, se discorrerá sobre sua constituição no estado do Rio Grande do Sul, quando se verificará a conexão e sintonia com as orientações nacionais e, ao mesmo tempo, características peculiares que marcaram a trajetória gaúcha no campo sanitário e da saúde mental.

2.3 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO RIO GRANDE DO SUL

O propósito de analisar a política de saúde mental no Estado do Rio Grande do Sul, no contexto da saúde pública, está no interesse de recuperar o modo como foi se constituindo e consolidando. Alguns aspectos da sua gênese histórica que ainda influenciam o entendimento sobre a loucura e as formas de tratá-la no campo da cultura e da política pública serão destacados, bem como as medidas que foram sendo adotadas até o período final da década de 1980.

Inicialmente é preciso situar brevemente as características do estado gaúcho na segunda metade do século XIX, reorganizando-se após a Guerra dos Farrapos (1835–1845) e recebendo imigrantes de várias nações européias. Posteriormente outro conflito bélico ocorre, a Guerra do Paraguai, que termina em 1870, ocasião em que o estado tinha em torno de 470.000 habitantes e a assistência à saúde era realizada por leigos e religiosos, pois os poucos médicos existentes atendiam exclusivamente à classe de maior poder aquisitivo (PICCININI, 2000; KUHN, 2004).

No campo político, várias forças foram organizando-se e conduzindo a consolidação da província no tempo da monarquia. O Partido Liberal, representante dos pecuaristas e defensor do federalismo, era a principal força política até a criação do Partido Conservador em 1848, este formado por parte da oligarquia regional e defensora do Império. Os ideais republicanos e a postura crítica ao conservadorismo criam as condições para a organização do Partido Republicano Rio-Grandense (PRR) (1882), tendo como base os setores médios urbanos (KUHN, 2004).

O positivismo foi a inspiração do PRR durante seu comando do estado por um longo período, visto ter se constituído numa força política importante na consolidação do Rio Grande do Sul. As idéias de Augusto Comte precisaram ser adaptadas à realidade gaúcha, pois formuladas para garantir o desenvolvimento

capitalista e assegurar os interesses da classe em ascensão, a burguesia européia, no estado gaúcho o desafio era “desenvolver as forças produtivas do Estado, favorecer a acumulação privada de capital e propiciar o progresso harmônico de todas as atividades econômicas” (PESAVENTO, 1994, p. 67).

Neste período, a economia do estado estava alicerçada no setor agrícola, voltado ao mercado interno brasileiro, “[...] atendendo às necessidades do setor agro-exportador, que detinha, no momento, a hegemonia da economia nacional” (FEE, 1983, p. 217). Portanto, o estado se caracterizou por ter sua economia centrada na agricultura, com a formação e consolidação de forças políticas com seus distintos projetos de sociedade e de Estado. As mudanças nos cenários econômicos e políticos nacionais, bem como as produzidas pela 1ª Guerra Mundial, permitiram o desenvolvimento de um conjunto de ações voltadas à diversificação da economia, bem como na melhoria da estrutura para a circulação dos produtos da industrialização que começa a se constituir⁴⁰.

Em consonância com a política de saúde e de saúde mental emanada do nível federal, a eugenia, a higiene mental e o assistencialismo inspiraram o nascimento da institucionalização para o atendimento aos doentes mentais no solo gaúcho. O assistencialismo é uma categoria importante para ser destacada, considerando que marca até os dias de hoje a função social dos hospitais psiquiátricos, que na sua origem denominavam-se de asilos. No período histórico que vai das origens do capitalismo até meados do século XIX, “o trabalho e as instituições de saúde repousavam em três pilares: a medicina liberal, as medidas coletivas de prevenção e higiene e o assistencialismo” (MÉDICI, 1995, p. 366).

Os primeiros esforços de tratar os doentes mentais de forma institucionalizada foram uma das obrigações das Santas Casas de Misericórdia, tarefa associada ao caráter de assistência social destas organizações sociais⁴¹, correspondendo ao modo residual de conceber a política social. A Santa Casa de Misericórdia de Porto

⁴⁰ Produção de conservas, têxteis, vinho e calçados; técnicas de irrigação e implementos agrícolas no cultivo do arroz; grande exportação de produtos da pecuária; ingresso de capital estrangeiro que fez uma renovação tecnológica na pecuária, entre outras inovações (PESAVENTO, 1994).

⁴¹ O Imperador D. Pedro II emitiu carta ao Presidente da Província São Pedro em 1854, em cujo teor consta: “Que não é admissível exonerarem-se os Hospitais e Casas de Caridade das Províncias da obrigação de alimentarem e curarem os alienados que, em virtude de suas Instituições, tiverem a seu cargo [...]” (WADI, 2002, p. 46).

Alegre iniciou suas atividades em 1826, quando começou o recolhimento dos doentes mentais da então Província. Sua Direção foi a grande mobilizadora de forças políticas para a criação de um estabelecimento especializado, por denunciar sucessivos prejuízos financeiros e desgaste na sua imagem de filantropa, ao não conseguir prestar um serviço adequado aos pacientes (WADI, 2002).

Em consequência da mobilização realizada pela Santa Casa é que o governo começa a assumir diretamente uma ação de atendimento em saúde mental, com a criação do Hospício São Pedro, processo que demorou cinco anos até o início das suas atividades, em 1884⁴². A gênese da saúde mental como uma política pública estatal no Rio Grande do Sul está diretamente relacionada às políticas nacionais de saúde mental e às atividades do Hospital, que por muitas décadas se constituiu como o pólo central de atendimento, origem da psiquiatria como especialidade médica no solo gaúcho, de formação de profissionais em saúde mental e irradiador das diversas reformas no modo de organizar a assistência no estado. As primeiras iniciativas no campo da saúde e da saúde mental estão sistematizadas no Quadro 6.

⁴² A trajetória da instalação e funcionamento do Hospital Psiquiátrico São Pedro (1884) até a década de 1950 está registrada com riqueza de detalhes nas obras de GODOY (1955) e WADI (2002).

PERÍODO	ANO	ACONTECIMENTOS
Império	1884	Inauguração do Hospício São Pedro, Porto Alegre, RS, criado por Decreto Provincial de 1879.
República Velha	1924	Decreto 3.356, que inclui os intendentess municipais entre as autoridades competentes para requisitarem a internação de pacientes no Hospital São Pedro.
	1925	Criação do Manicômio Judiciário, o segundo no país.
	1926	Diretoria da Assistência aos Alienados do Rio Grande do Sul, com a atribuição de direção conjunta do Hospício São Pedro e do Manicômio Judiciário.
		Criação do Hospital Psiquiátrico Espírita de Porto Alegre – privado, filantrópico, contratado pelo sistema público de saúde.
	1928	1º Congresso das Municipalidades do Estado, que aprova o Plano de Reorganização Sanitária do Estado.
	1929	Criação da Diretoria de Higiene e Saúde Pública, vinculada a Diretoria Geral de Instrução Pública da Secretaria de Negócios do Interior. O Hospital São Pedro estava vinculado à Diretoria de Higiene e Saúde Pública.
Congresso de Higiene e Hospitais, na cidade de Rio Grande, discute a criação de Anexos Psiquiátricos nos hospitais gerais das principais cidades do RS.		

Quadro 6 - Síntese da Constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no RS - Período do Império e da República Velha

Fontes: GODOY, 1955; BICCA, PATRÍCIO, 1981; FEE, 1983; RECKZIEGEL, 1984; BUSNELLO, 1985; GOMES, 1985; PINÓS, 1993; SOARES, 1996; PICCININI, 2000; WADI, 2002.

Na concepção vigente na época, a instituição hospitalar se faz necessária para assumir os estranhos à normalidade e de difícil convívio social, pois ainda não havia se constituído organicamente o saber da psiquiatria, que posteriormente se tornou a disciplina responsável pela administração e tratamento da loucura. O ingresso de pacientes no estabelecimento não era por exclusivo critério médico, pois os intendentess municipais foram autorizados a requisitarem internação psiquiátrica, através de Decreto em 1924.

Esta concepção estava marcada pelo ideário assistencialista, próprio da concepção residual de política social, que será a marca da instalação e consolidação do hospital psiquiátrico estatal, pois este teve a tarefa de acolher os loucos pobres de todo o estado. Para fins de ilustração desta afirmação, em 1929 realiza-se em Porto Alegre o Congresso das Municipalidades do Estado, quando o Dr. Jacintho

Godoy⁴³, diretor do HPSP, apresenta uma tese no tema Assistência Social, de que os municípios gaúchos deveriam “[...] daqui por diante concorrer materialmente para o serviço de Assistência a Alienados, mantido pelo Hospital São Pedro, com uma contribuição fixa, anual, pagável, por semestres vencidos” (GODOY, 1955, p. 95). A proposta de Godoy é aprovada e está sustentada no problema de excesso de internos no estabelecimento, revelando a função social exercida pelo hospital na sociedade gaúcha.

Neste período histórico destaca-se também o esforço do governo em organizar o setor público de saúde, que por conta de sua inspiração positivista, opunha resistência a iniciativas interventoras construídas na égide do higienismo, estratégia adotada pela política de saúde no âmbito federal. O debate entre o valor da liberdade individual e a necessidade de adoção de medidas para melhorar as condições sanitárias foi a marca da relação entre os dirigentes governamentais e a classe médica (LHULLIER, 2003), caracterizada por desavenças na busca da legitimidade e autoridade médica no campo da saúde mental.

O período histórico subsequente terá a marca da premência do desenvolvimento industrial numa conformação política de ampliação do poder central federal que orientará os estados na adoção das políticas econômicas e sociais. Seguindo, então, os novos ordenamentos da organização social erigidos com a Revolução de 1930, para responder às demandas sociais e garantir uma unidade nacional no projeto de industrialização, se destacam no Rio Grande do Sul a criação do Instituto de Previdência do Estado, a criação do Juizado de Menores e, no setor saúde, a criação da Secretaria de Educação e Saúde Pública (1935) a exemplo da criação do Ministério com a mesma denominação (1930). Até então, a educação e a saúde estavam vinculadas à Secretaria de Negócios do Interior.

No setor da saúde mental, ocorre a instalação de dois hospitais psiquiátricos privados, um deles criado pelo Dr. Jacintho Godoy, no intervalo dos dois mandatos de dirigente do Hospital São Pedro, quando se descompatibilizou com as forças

⁴³ Jacintho Godoy foi Diretor do HPSP por dois períodos: 1926-1932 e 1937-1951. No primeiro período, como Diretor da Assistência aos Alienados, também era responsável pelo Manicômio Judiciário. As mudanças implantadas por Godoy seguiam a mesma direção das adotadas nos demais hospitais psiquiátricos no Brasil (RAMOS; GEREMIAS, 2006). Sobre a biografia de Jacintho Godoy ver GODOY, 1955; PICCININI, 2000; WADI, 2002; WADI, 2006.

políticas que assumiram o governo do estado no início da década de 1930. Uma síntese dos acontecimentos mais significativos deste período está sistematizada no Quadro 7.

ANO	ACONTECIMENTOS
1931	Criação do Instituto Previdenciário do Estado – IPE, substituindo a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos funcionários públicos.
	Criação da Clínica Psiquiátrica Olivé Leite, no município de Pelotas. Privada e contratada pelo sistema público de saúde.
1933	Criação da Clínica Psiquiátrica São José, fundada por Jacintho Godoy. Privada.
1935	Decreto nº. 5.969 cria a Secretaria de Educação e Saúde Pública e o Conselho Estadual de Educação, como órgão consultivo para traçar as diretrizes do ensino no estado.
1937	Decreto Estadual nº. 6.880 subordina o Manicômio Judiciário à instância jurídica, desligando-o da Diretoria de Assistência a Psicopatas.
1938	Criação do Departamento Estadual de Saúde, substituindo a Diretoria Estadual de Higiene e Saúde Pública. No mesmo ano, o Departamento é desvinculado da Secretaria de Educação e Saúde Pública, ficando subordinado diretamente ao Governo Estadual.
	Decreto nº. 7.481, de 14/09, cria o Código Sanitário do Estado.
	Criado no Hospital São Pedro, o Serviço Aberto de Profilaxia Mental (ambulatório), setor onde teve início a atividade do Serviço Social.
1940	Governo do RS lança a proposta de criação do Ministério da Saúde e de um Plano Nacional de Saúde durante reunião dos Interventores dos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.
	Criação do Preventório Amparo Santa Cruz e do auxílio financeiro às famílias dos leprosos.
	Criação do Hospital Colônia Itapoã, “leprosário”, em Viamão, através do Decreto nº. 50, de 30/12/1940.
	Departamento Estadual de Saúde é separado da Secretaria de Educação e Saúde Pública, com a criação da Secretaria de Educação do Estado – Decreto nº. 31.
1944	Decreto nº. 614 sanciona o Plano de Saneamento Básico para o Estado.
	Curso Intensivo de Saúde Pública, Decreto nº. 993.
1945	Criação do Serviço Social de Menores (Sesme). Decreto 890 no Departamento Estadual de Saúde.

Quadro 7 - Síntese da Constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no RS - Período Governo Provisório, Constitucionalista e Estado Novo (1930-1945)

Fontes: GODOY, 1955; BICCA, PATRÍCIO, 1981; FEE, 1983; RECKZIEGEL, 1984; BUSNELLO, 1985; GOMES, 1985; PINÓS, 1993; SOARES, 1996; PICCININI, 2000; UEBEL et al, 2003; WADI, 2002.

Na vigência do Estado Novo, o setor saúde tem destaque nas ações do governo estadual, com sucessivas alterações estruturais organizativas até a separação entre os setores de saúde e da educação. O governo inicia a formação de profissionais especializados para o setor, bem como cria o Código Sanitário do Estado. Este vai reafirmar delineamentos feitos no 1º Congresso das Municipalidades (1928), revelando que somente após o período de dez anos existiram as condições de sustentação de um dispositivo de regras de proteção à saúde dos cidadãos e do comércio com caráter coercitivo e vigilante de polícia sanitária, nos moldes já implantados no âmbito federal (FEE, 1983).

Ações públicas são criadas para atender o problema da lepra, posteriormente denominada de hanseníase, sob a ótica do modelo vigente na época de colônia, quando os identificados como portadores da doença foram separados de suas famílias, para proteger a sociedade dos riscos do contágio, uma vez que não existia tratamento eficaz para debelar a doença. Os dirigentes do setor organizam-se de forma mais articulada, lançando propostas de melhorias no setor para o âmbito nacional. Tal ação está calcada num esforço de criar condições mais autônomas para o setor, visto que neste período houve um acirramento do autoritarismo central, inclusive com o fechamento do congresso e das assembleias legislativas, com a instalação de um Estado autoritário-corporativo para o alcance dos objetivos de paz social, segurança e progresso econômico (PESAVENTO, 1994).

No Hospital São Pedro tem início, em 1937, o segundo período de direção do Dr. Godoy, que pela força política conquistada com os dirigentes do Estado Novo, realiza um conjunto de obras na instituição e instala serviços ambulatoriais e carreiras novas na área de saúde mental. “Lança as bases do que, mais tarde, veio a se constituir a psiquiatria gaúcha” (PICCININI, 2000, p. 3), criando a carreira de médico psiquiatra e definindo que o ingresso de profissionais se daria através de

concurso público; cria a Escola de Enfermagem e o Serviço de Assistência Social⁴⁴, medidas estas que resultam numa influência significativa na política de saúde mental no estado.

O fenômeno da superlotação continua a ser um dos graves problemas da instituição, como conseqüência de atender os psicopatas⁴⁵ indigentes de todo estado, situação que fez o Dr. Godoy chamar o estabelecimento de

[...] mãe de todos, pois não somente acolhe doentes mentais de toda a espécie, como doentes que não são doentes mentais e mesmo pessoas que não são nem mesmo doentes. Serve inclusive como asilo de velhos, inválidos, indigentes (GODOY, 1955, p. 155-156).

Como se verifica, a função social do hospital continuava a mesma quando da sua fundação, o depositário estadual de todo tipo de indesejados e pobres da sociedade. A capacidade do hospital era de 477 doentes e chegou a ter 1.800 pessoas. Um fato relevante na época foi a inclusão do Manicômio Judiciário, criado em 1925, subordinado à estrutura da saúde, na área jurídica e de segurança, situação existente até os dias de hoje, trazendo prejuízos na assistência à saúde daqueles que cometem delitos e são, ao mesmo tempo, portadores de transtorno mental. A legislação penal brasileira, por considerar o portador de transtorno mental incapaz de juízo crítico, lhe imputa a medida de segurança, criando uma situação em que o mesmo fica privado de direitos constitucionais de defesa e cumprimento de pena com prazos determinados, conforme o tipo de delito, caracterizando-se como um afronta aos direitos humanos destes indivíduos⁴⁶.

⁴⁴ A criação do Setor de Assistência Social em 1938 teve provavelmente influência das primeiras escolas de Serviço Social no Brasil, em 1936 (SP) e 1937(RJ), quando institucionalizaram a profissão. Esta, circunscrita no contexto de instalação do Estado Novo, se instaura como “[...] uma forma de intervenção ideológica, que se baseia no assistencialismo como suporte de uma atuação cujos efeitos são essencialmente políticos: o enquadramento das populações pobres e carentes, o que engloba o conjunto das classes exploradas” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1988, p. 221-222). O trabalho de assistência social no hospital era realizado por “moças que possuíam conhecimentos empíricos, por não existir em nosso estado pessoas de preparo técnico especializado” (HEINRICH, 1950, p. 13). A primeira Escola de Serviço Social no RS foi criada em 1945 nas Faculdades Católicas, e em 1947 iniciaram-se os estágios no HPSP (BICCA; PATRÍCIO, 1981), sendo Myriam Heinrich uma das primeiras estagiárias de Serviço Social no Hospital. Em 1957 a Escola de Serviço Social se integra na PUCRS.

⁴⁵ Denominação da época dos portadores de transtorno mental.

⁴⁶ Sobre o tema ver DELGADO (1992) e MEDEIROS (2005).

O final do segundo conflito bélico mundial correspondeu ao término do Estado Novo no Brasil, com a promulgação de nova Constituição Federal, em 1946, instalando o regime democrático novamente no país e, no ano seguinte, a Constituição Estadual. Contudo, não se alterou a correlação de forças entre a união e os estados, pelo contrário, intensificou-se a dependência em relação à esfera federal. No caso do Rio Grande do Sul, foi um período de importantes crises econômicas, conseqüências do novo padrão de industrialização nacional instalado, de produção de bens de consumo duráveis, alterando a vocação produtiva do centro do país que passou a contar com os produtos primários originados no sul e nordeste do país, cujas trocas comerciais beneficiavam o sudeste (FEE, 1983).

A nova ordem do desenvolvimento acelerado da economia brasileira, cada vez mais dependente de financiamento internacional para custear a instalação da infra-estrutura necessária, imprimiu um patamar de novas exigências no campo das políticas sociais. O Plano federal SALTE, considerado “como o primeiro plano de desenvolvimento de cunho mais globalizante” (FEE, 1983, p. 165), foi o orientador no estado gaúcho das mudanças necessárias para atender as prioridades para o desenvolvimentismo. Por isto, várias mudanças acontecem na política de saúde, como se constata no Quadro 8.

ANO	ACONTECIMENTOS
1948	Criação do Sanatório Psiquiátrico Espírita de Pelotas, no município de Pelotas.
1949	Criação do Hospital Psiquiátrico Maria Vicença da Fontoura Lopes, no município de Rio Grande.
1954	Início de atividades laborativas e de recreação no HPSP, por iniciativa da Assistente Social Gelsa Correa e apoio do Dr. Mário Martins. Este trabalho deu origem ao Serviço de Praxiterapia.
	Criação do Serviço Social do Departamento Estadual de Saúde, Decreto nº. 5.618.
1956	A SSMA contrata pela primeira vez uma assistente social, em Santa Maria, para fazer a triagem das pessoas recolhidas pela Brigada Militar e encaminhar ao HPSP.
1957	Convênio entre Estado e Ministério da Saúde - Serviço Nacional de Doenças Mentais, recursos financeiros para a manutenção de serviços psiquiátricos de unidades hospitalares. Decreto 1.080.
	Organização do Serviço de Praxiterapia no HPSP.
1958	Criação da Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde – Lei nº. 3.602.
	Criação da Secretaria do Trabalho e Habitação – Lei nº. 3.602.
	Convênio entre Estado e Ministério da Saúde - Serviço Nacional de Doenças Mentais, para cooperação na construção de estabelecimentos psiquiátricos. Decreto nº. 1.152.
1959	Criação do Conselho Estadual de Saúde – Decreto nº. 10.390
	Convênio entre Estado e Ministério da Saúde - Serviço Nacional de Doenças Mentais, recursos financeiros para a manutenção de serviços psiquiátricos. Decreto nº. 1.296.
	Convênio entre Estado e Ministério da Saúde - Serviço Nacional de Doenças Mentais, para o desenvolvimento dos serviços de profilaxia através da praxiterapia. Decreto nº. 1.297.
	Convênio entre Estado e Ministério da Saúde - Serviço Nacional de Doenças Mentais, cooperação na construção, ampliação e reforma de estabelecimentos psiquiátricos no Estado. Decreto nº. 1.386.
	Criação do Serviço Aberto no HPSP, ambulatório de psiquiatria.
1960	Criação da Clínica Pinel da Associação Encarnación Blaya, no município de Porto Alegre. Privada e, até 1990, conveniada com o Inamps.

continua

continuação

1961	Criação da Divisão Melanie Klein - DMK, com a instalação de duas enfermarias com um total de 60 leitos – passou a servir de sede do Curso de Especialização em psiquiatria (David Zimmermann e Paulo Luis Vianna Guedes). Inovações no atendimento, como a proibição da insulinoaterapia, controle do eletroconvulsoterapia e permissão de visitas durante 24 horas.
	Abertura de crédito especial para o Hospital São Pedro. Decreto nº. 12.362.
1962	Criação do Código Estadual de Saúde – Lei nº. 1.934. Ênfase na política sanitária, orientador e fiscalizador dos serviços do setor, adequando os procedimentos do Código de 1938 à realidade socioeconômica da época dos anos 60. A higiene mental e a assistência psiquiátrica mereceram capítulo especial, pois as psicoses passaram a ter notificação obrigatória.
	Criação da Escola de Saúde Pública – Decreto nº. 13.812.

Quadro 8 - Síntese da Constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no RS - Período do Desenvolvimentismo (1945 – 1964)

Fontes: GODOY, 1955; BICCA, PATRÍCIO, 1981; FEE, 1983; RECKZIEGEL, 1984; BUSNELLO, 1985; GOMES, 1985; PINÓS, 1993; SOARES, 1996; PICCININI, 2000; WADI, 2002; UEBEL et al, 2003.

Neste período desenvolvimentista são criadas importantes organizações como a Secretaria de Negócios da Saúde, em 1958, a exemplo do Ministério da Saúde, em 1953; o Conselho Estadual de Saúde⁴⁷ e a Escola de Saúde Pública, bem como um novo Código Estadual de Saúde, com ênfase na orientação e fiscalização dos serviços do setor, adequando os procedimentos do Código de 1938 à realidade socioeconômica da época dos anos 1960.

O setor saúde passou a ter maior estrutura para fazer frente ao desafio de melhorar as condições sanitárias, necessárias para colaborar no desenvolvimento estadual e, por conseguinte, nacional. Destaca-se a atualização e continuidade da assistência social no setor sanitário, com a criação do Serviço Social no então Departamento da Saúde, em 1954. Interessante notar a influência da profissão de Serviço Social, institucionalizada no estado desde a criação da primeira Escola, em 1945.

⁴⁷ O Conselho Estadual era um órgão consultivo e de planejamento, formado por técnicos da Secretaria e por corporações profissionais – médicos sanitaristas, psiquiatra e puericultor; assistente social; engenheiro e odontólogo (FEE, 1983, p. 257).

A área de saúde mental teve um expressivo desenvolvimento, tanto por ações realizadas no HPSP como na política setorial. A higiene mental e a assistência psiquiátrica mereceram capítulo especial no Código Estadual de Saúde, pois as psicoses passaram a ter notificação obrigatória. Vários convênios foram firmados entre o Ministério da Saúde e a Secretaria estadual visando o incremento de construção e reformas em hospitais psiquiátricos para atividades terapêuticas, iniciativa que revela uma política de expansão de estabelecimentos especializados, tanto que no setor privado são construídos três novos hospitais psiquiátricos.

Este período foi um marco na proliferação de novos referenciais teóricos no âmbito terapêutico, com vários psiquiatras realizando intercâmbios internacionais e se inspirando na psicanálise⁴⁸, ambientoterapia⁴⁹ e formação multiprofissional na forma de residência⁵⁰. A possibilidade terapêutica através do trabalho e da expressão artística⁵¹ também foi desenvolvida neste período, constituindo-se, desde então, como dispositivos terapêuticos relevantes.

Os novos referenciais imprimiram mudanças qualitativas no atendimento prestado no HPSP, como a criação de ambientes para a realização de atividades laborativas, por iniciativa de assistentes sociais (BICCA; PATRÍCIO, 1981), que foi desenvolvendo-se ao longo do tempo até se constituir num setor forte de reabilitação para os internos no hospital. Outro destaque é a organização do atendimento ambulatorial articulado à unidade de internação (Divisão Melanie Klein) com inovações no atendimento terapêutico, como a proibição da insulino-terapia, controle do eletroconvulsoterapia e permissão de visitas aos internados durante 24 horas.

⁴⁸ Mário Martins, Celestino Prunes, David Zimmermann e Paulo Guedes são os psiquiatras pioneiros na introdução da psicanálise no RS. Os dois últimos criaram o 1º Curso de Especialização em Psiquiatria no HPSP, em 1957, que originou posteriormente o Centro Psiquiátrico Melanie Klein (GOMES, 2006).

⁴⁹ O psiquiatra Marcelo Blaya Perez criou a Clínica Pinel, em 1960, e introduziu vários dispositivos terapêuticos como o grupo operativo, a terapia ocupacional, o trabalho em equipe, que valorizou os assistentes sociais e psicólogos, e a primeira residência em psiquiatria no Brasil (GOMES, 2006; PICCININI, 2000).

⁵⁰ Residência consiste numa formação de especialista através de treinamento em serviço de atenção à saúde.

⁵¹ Esta iniciativa é creditada à psiquiatra alagoana Nise da Silveira (1926-1999) que revolucionou os métodos de atendimento ao portador de transtornos mentais no Brasil, criando uma oficina de terapêutica ocupacional para pacientes psiquiátricos, em 1946 no antigo Centro Psiquiátrico Nacional, para, principalmente os esquizofrênicos, que geralmente eram isolados e considerados como incompreensíveis. Seu trabalho teve repercussão internacional, e as obras dos seus internos hoje constituem o Museu do Inconsciente, criado em 1952, no Rio de Janeiro, no Instituto Municipal Nise da Silveira.

Contudo, a lógica de recolhimento de doentes mentais no HPSP continuava presente, com medidas institucionais do governo para agilizar o encaminhamento destes para a internação hospitalar.

Somente no período histórico posterior, quando o país esteve sob o controle das forças militares, o estado gaúcho toma iniciativas para ampliar de forma mais consistente a política de atenção à saúde mental, à lógica ambulatorial e à adoção de medidas concretas para reduzir a superlotação do HPSP⁵². Uma destas ações estatais foi a aprovação, em 1964, de um Decreto para a criação de Ambulatórios em Saúde Mental em dezoito (18) municípios, seguindo uma lógica de regionalização e densidade demográfica (RIO GRANDE DO SUL, 1964). Esta iniciativa estimulou a criação de um conjunto de ambulatórios no estado, tanto no âmbito estatal como no privado, que por muito tempo se constituíram como um modo de atendimento associado ao tratamento hospitalar.

A outra medida foi o programa de setorização no HPSP (1973), quando os seus internos foram agrupados conforme sua região no estado, substituindo o critério adotado até então de distribuição dos pacientes em unidades de atendimento por diagnóstico psiquiátrico. Esta medida foi associada ao programa de treinamento de médicos generalistas do interior do estado, denominado de programa de interiorização, visando prepará-los ao atendimento de pessoas com transtorno mental (FARIA, 1981). Também se realizaram capacitações para os demais profissionais do estado para identificação de pessoas com transtornos mentais e propiciar o atendimento das crises agudas, dos egressos dos hospitais e daqueles com indicação de internação por ação policial.

A articulação deste conjunto de ações estava orientada pelo objetivo de reduzir o número de internos no HPSP, investindo na possibilidade de alta hospitalar e valorização da continuidade do atendimento de forma ambulatorial na cidade de origem do paciente. A estratégia foi a de integrar as ações das equipes de saúde das regionais da Secretaria da Saúde com as das unidades de internação no HPSP, de modo a facilitar a localização dos familiares e/ou responsáveis pelos pacientes institucionalizados e propiciar o retorno destes na ocasião de alta.

⁵² Em 1965 o HPSP tinha 4.297 pacientes internados numa área física com capacidade real para menos de 1.000 leitos.

Esta política constituiu-se num processo de desospitalização, proposta que começa a ser construída neste período, tanto no âmbito do governo federal como por organismos internacionais, quando os setores envolvidos com a saúde mental fazem avaliações do custo e da baixa resolutividade dos grandes hospitais psiquiátricos, indicando sua gradativa desmontagem e a constituição de hospitais especializados para, em conjunto com serviços ambulatoriais, comporem a política de atendimento. No caso, se está referindo à Campanha Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 1968) e à orientação técnica do Comitê de Especialistas da OMS em 1974 (FARIA, 1981).

A ação ordenada implantada também contempla a ferramenta do planejamento em saúde, entendida como um procedimento técnico indispensável para viabilizar a otimização de recursos e uma previsão de estratégias de enfrentamento de determinados aspectos constitutivos da gestão na política social, adotada no Brasil a partir da Carta de Punta del Este, em 1961⁵³. Esta perspectiva fica explicitada na exposição do Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, em artigo apresentado na 20ª Reunião Anual da Federação Mundial de Saúde Mental, em 1967 em Lima, no Peru.

Conquanto se reconheça que o planejamento e a organização de um serviço de saúde mental não podem, nos dias atuais, limitar-se a simples construção de hospitais psiquiátricos, estes constituem um dos elementos mais importantes da complexa estrutura que hoje se exige na defesa do psiquismo [...]. A situação dos hospitais de assistência psiquiátrica na América Latina é extremamente difícil, pela superlotação, pela deficiência de recursos, pela precariedade dos serviços extra-hospitalares [...] (SILVA, 1968, p. 29).

As medidas de desospitalização do HPSP foram resultados concretos de uma importante organização estatal da política de saúde mental na época, pois pela primeira vez foi formada uma instância responsável pelo planejamento e gestão das ações na área. Em 1972 é criada a Equipe Central de Saúde Mental na Secretaria de Saúde, que dirigiu um conjunto de ações significativas na condução de mudanças requeridas, considerando que pela primeira vez o programa de saúde mental é incluído entre as prioridades de governo na área da saúde (FARIA, 1981). Desta forma, o programa de setorização e de qualificação de profissionais, na lógica da

⁵³ Ver o item 2.1 neste capítulo.

regionalização, resultou na gradativa diminuição de pacientes internados no HPSP, que no final do período do regime militar contava com 1.915 pacientes internados.

A sistematização dos acontecimentos mais relevantes na política de saúde mental no Rio Grande do Sul durante o regime militar está contida no Quadro 9.

ANO	ACONTECIMENTOS
1964	Criação de Ambulatórios de Saúde Mental, através do Decreto nº. 16.722, em 07/08. São apontados 18 municípios, seguindo uma lógica de regionalização, para constituírem ambulatórios.
1966	Adotado no HPSP o Plano de Reabilitação de Crônicos
1968	1º Curso de Especialização de Serviço Social Psiquiátrico, realizado pelo Curso de Serviço Social da PUC RS em convênio com a Divisão Melanie Kleinº. A Clínica Pinel inicia os Cursos de Especialização em Psiquiatria, abertos também para assistentes sociais.
1969	Criação da FEBEM, extinguindo o Serviço Social de menores – SESME.
1970	Serviço de Saúde Mental Melanie Klein no HPSP, substituindo o antigo Serviço Aberto. Delimitação territorial ao bairro Partenon para o atendimento ambulatorial.
1971	Convênio entre SSMA e UFRGS que transforma a DMK no Centro Psiquiátrico Melanie Klein, visando a realização de um programa Comunitário para moradores do bairro Partenon e para aluno e funcionários da UFRGS.
1972	Lei nº. 6.503, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da Saúde Pública. No Título III, da Promoção e Recuperação da Saúde, consta o Capítulo II, da Assistência Social e Psiquiátrica.
	Criação da Equipe Central de Saúde Mental da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente – SSMA, dirigida pelo Dr. Fernando Guedes até o ano de 1977.
	Criação do programa Centro Agrícola de Reabilitação – CAR, no Hospital Colônia Itapoã, com a transferência de pacientes do HPSP.
	Criação da Clínica Psiquiátrica Prof. Paulo Guedes, no município de Caxias do Sul. Privada e contratada com o sistema público de saúde.
1973	Programa de Setorização no HPSP e Programa de Interiorização da saúde mental no RS. Pela primeira vez o Programa de Saúde Mental é incluído entre as prioridades da SSMA.
	Criação do Ambulatório Central de Psiquiatria (Central de Psiquiatria) - Capital e interior - Emergência – triagem – ambulatório.
1974	Decreto nº. 23.430, aprova o Regulamento que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da Saúde Pública. No Título III, da Promoção e Recuperação da Saúde, consta o Capítulo II, da Assistência Social e Psiquiátrica.
	Criação da ABCAL – Associação Brasileira de Combate ao Alcoolismo – ambulatório - Capital e interior.
1975	DMK cria o Setor de Crianças – atendimento hospitalar e ambulatorial.
	Clínica Psiquiátrica Santa Tecla, no município de Canoas – privada.

Quadro 9 - Síntese da Constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no RS - Período do Regime Militar (1964 – 1985)

FONTES: BICCA, PATRÍCIO, 1981; FEE, 1983; RECKZIEGEL, 1984; BUSNELLO, 1985; GOMES, 1985; PINÓS, 1993; SOARES, 1996; PICCININI, 2000; WADI, 2002; UEBEL et al, 2003.

O HPSP seguiu no seu processo de mudanças, com destaque às medidas de organização do atendimento da população institucionalizada, que consistia o seu grande desafio, criando um plano de reabilitação para estes pacientes em 1966, que posteriormente é incluído no Plano Diretor do hospital (1978). Este programa de reabilitação foi uma iniciativa do setor de Serviço Social da instituição, que atuava de forma propositiva e tinha legitimidade profissional para desencadear mudanças.

Não é coincidência que neste mesmo período analisado inicia-se a especialização de Serviço Social em psiquiatria (1968), através de curso organizado pela Faculdade de Serviço Social da PUC em convênio com a Divisão Melanie Klein (RECKZIEGEL, 1984). A formação dos assistentes sociais já vinha valorizando a área psiquiátrica desde a Faculdade de Serviço Social com a professora Lúcia Castillo, primeira assistente social a assumir o cargo em 1957, após sua experiência nos Estados Unidos quando “[...] trouxera os fundamentos modernos da linha psiquiátrica do serviço social” (KRUG et al, 1983, p. 100).

A perspectiva terapêutica da reabilitação gerou também a criação do Centro Agrícola de Reabilitação da Colônia Itapoã - CAR⁵⁴, no Hospital Colônia Itapoã localizado em Viamão, iniciado em 1972 sob a coordenação da saúde mental da Secretaria da Saúde, que deste modo tinha mais uma estratégia de enfrentamento da superlotação no HPSP.

A Divisão Melanie Klein do HPSP passa a ser um centro de formação em psiquiatria e de desenvolvimento da psiquiatria comunitária, a partir de convênio entre a SSMS e a UFRGS, reafirmando sua vocação de atendimento ambulatorial, mas agora na lógica de regionalização, pois seu âmbito de atuação se dirige aos moradores do bairro Partenon, espaço geográfico de localização do HPSP. Posteriormente, inicia o atendimento ao público infantil, nas modalidades de ambulatório e internação psiquiátrica.

O caráter comunitário no modo de atenção em saúde foi uma marca deste período, com o pioneirismo do programa Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, instalado na região leste da capital, realizado pela Secretaria da Saúde com a

⁵⁴ O CAR recebeu do HPSP pacientes masculinos com histórico de vida rural, para a partir de atividades de caráter agrícola e pecuária, terem uma possibilidade de reabilitação. Para maior conhecimento sobre a origem e seus primeiros dez anos de existência, ver Castellarin (1985).

cooperação técnica da Fundação SESP⁵⁵, adotando a metodologia de integração entre ações de prevenção, curativa e de reabilitação, associadas ao ensino e pesquisa, modelo de saúde que começa a se consolidar (WITT, 2005, p. 96). Outra consequência desta iniciativa foi a criação do programa de Residência em Medicina Geral Comunitária no atual Centro de Saúde Escola Murialdo, quando inicia em 1976 exclusivamente para médicos e no ano seguinte amplia a formação para o caráter multiprofissional, com o ingresso de assistentes sociais, enfermeiros e médicos veterinários (UEBEL et al, 2003), sob a coordenação do Dr. Ellis Busnello.

No âmbito da política de saúde estadual foi sancionada a Lei nº. 6.503 em 1972, e dois anos depois o Decreto que a regulamenta, instituindo o novo código sanitário. Constata-se que a lógica de associar assistência social e psiquiatria continua presente, pois no Título III, da Promoção e Recuperação da Saúde, consta o Capítulo II, da Assistência Social e Psiquiátrica (RIO GRANDE DO SUL, 1999).

As finalidades indicadas são, entre outras, desenvolver programas de prevenção da doença mental e prover assistência e proteção aos doentes mentais, e os primeiros aspectos a serem definidos são os relativos à possibilidade de realizar convênios com instituições psiquiátricas privadas e de “estimular a criação e organização de instituições públicas ou privadas para a assistência psiquiátrica e social ao doente mental e sua família”, conforme estabelece o artigo 769 do referido Decreto. Na Secção que trata dos Serviços de Assistência Psiquiátrica, são relacionados uma variedade de tipos de atendimento possíveis para o atendimento em psiquiatria, pois na época, o nome da especialidade médica correspondia à política de saúde mental.

O consolidado na Lei e Decreto do Código Sanitário refletia o momento histórico de forte investimento no setor de saúde mental, considerando que a oferta de serviços de saúde, financiados pela previdência social, foi uma relevante estratégia de relação entre o governo militar, através de seus representantes no solo gaúcho, e a sociedade.

⁵⁵ Ver item 2.1 neste capítulo.

O Prev-Saúde⁵⁶, que pretendeu racionalizar o sistema de saúde brasileiro através do incremento de serviços básicos de saúde gerou um convênio entre a SSMA e o Inamps (1980), com o propósito de criação do Plano Conjunto de Saúde Mental para o Estado do RS e Norma Técnica para a Saúde Mental. O Inamps estava com restrições orçamentárias para ampliar a contratação de novos leitos e manter os já existentes, precisando contar com o atendimento ambulatorial no estado gaúcho. A SSMA tinha, ainda que de forma precária, um conjunto de serviços básicos de saúde distribuídos nos municípios. Deste modo, o convênio estabeleceu uma parceria em que os órgãos uniriam meios e recursos para a implantação de equipes especializadas em todas as regiões sanitárias do estado; ampliação da oferta de leitos no interior e programar o HPSP para atender até 500 pacientes (RIO GRANDE DO SUL, 1981), e se destaca que foi o primeiro plano de âmbito estadual para a saúde mental elaborado pelo governo estadual em parceria com o federal.

Neste cenário de incremento público de serviços básicos de saúde, com o apoio da OMS, um grupo de pesquisadores e profissionais de saúde mental, liderados pelo Dr. Ellis Busnello, elaboram o Manual de Treinamento em Cuidados Primários de Saúde Mental, em abril de 1981, que foi adotado como guia técnico para o atendimento ambulatorial na rede básica de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 1981). Certamente foi uma iniciativa pioneira para o ingresso de ações de saúde mental neste âmbito dos cuidados à saúde.

Neste período, o fenômeno da superlotação continuava no HPSP, e as características e condições de sua população institucionalizada eram as seguintes: 61,7% dos pacientes na faixa etária mais produtiva, de 25 a 55 anos de idade; 63,7% sem necessidade de internação; 73,4% sem vínculo previdenciário; 55,5% eram mulheres; 42,3% com mais de 10 anos de internação, e 39% deles sem família localizada, entre estes, 47% sem necessidade de internação (SILVA et al, 1982), ou seja, o retrato da exclusão e segregação, reforçando a função social dos hospitais psiquiátricos. E, como “[...] todos sabemos, o sistema sócio-econômico determina as modalidades de tratamento em diferentes níveis. No momento brasileiro atual, a estes pacientes de nível sócio-econômico baixo a sociedade só reserva a modalidade asilo” (CONTEL, 1981, p. 187).

⁵⁶ Criado em 1980. Ver item 2.1 deste capítulo.

No ano de 1982 o plano Conasp⁵⁷ organiza a assistência médica-previdenciária, na tentativa de obter sucesso após o fracasso do Prev-Saúde, tendo como eixo a integração da esfera federal e estadual, continuando na ênfase de ampliação da rede ambulatorial. Esta integração foi operacionalizada através da criação do Conselho Técnico-Administrativo do Convênio de co-gestão entre SSMA e Inamps. As alternativas elaboradas pelo Conselho, em 1982 foram:

[...] alocação de pacientes em leitos contratados em regiões determinadas do Estado, seja em asilos, casas de saúde, hospitais-gerais e pensões protegidas; transferência da população residente do HPSP para o Hospital Colônia Itapuã, estabelecendo-se um asilo específico auto-extinguível; criação dentro da estrutura do HPSP de um local para estabelecer a hospedagem definitiva dos atuais moradores, diferenciados da população definida como objetivo do Hospital, auto-extinguível e fechada para novos casos; encaminhamento às famílias conhecidas, interessadas ou desinteressadas, após sua localização e preparo dos pacientes; manter a atual estrutura (BUSNELLO, 1985, p. 191-192).

O convênio definiu como área de abrangência do HPSP a região metropolitana de Porto Alegre, portanto não mais todo o estado, para a prestação de assistência à saúde mental daqueles pacientes que não apresentam condições para serem manejados em nível extra-hospitalar.

Constata-se que o conjunto de definições postas a partir da integração entre a SSMA e o Inamps traz mudanças significativas na área de saúde mental. Primeiramente, a sua denominação como tal, e não mais centrada na especialidade médica; segundo, o esforço de colocar o HPSP como integrante de uma política pública, relacionando e articulando medidas para todo o estado com as necessárias mudanças no hospital.

As estratégias para enfrentar as demandas da saúde mental continuam na próxima gestão, quando o Programa de Governo de Jair Soares (1983-1987) fez uma análise da situação da saúde no estado, concluindo que,

[...] melhoraram os indicadores de mortalidade infantil e morbi-mortalidade por doenças transmissíveis, entre outros, ao mesmo tempo [...] em que cresceram os problemas de saúde mental. [...] A situação da saúde da população, hoje, pode ser caracterizada como intermediária entre a das regiões desenvolvidas e a daquelas em desenvolvimento (RIO GRANDE DO SUL, 1983, p. 147).

⁵⁷ Ver item 2.1 neste capítulo.

Para tanto, o governo estabeleceu vários objetivos, entre eles a instalação de novos ambulatorios de saúde mental na capital e interior do estado, e a adoção de “ações preventivas e o tratamento das doenças não transmissíveis, especialmente quanto à saúde mental, as doenças cardiovasculares e o câncer” (RIO GRANDE DO SUL, 1983, p. 149).

A gestão do HPSP inovou em aspectos significativos, principalmente na valorização das demais áreas de conhecimento e respectivas profissões, na valorização à qualificação profissional, já uma diretriz estabelecida no plano de co-gestão, criou, em 1984, um programa de residência em psiquiatria e especialização multiprofissional em saúde mental, programas que continuam até hoje. O período seguinte, o da Nova República é um marco na trajetória histórica do país e do estado, com acontecimentos mais relevantes sistematizados no Quadro 10.

ANO	ACONTECIMENTOS
1985	Criação do Ambulatório de Psiquiatria na Santa Casa de Misericórdia – Fffcmpa.
1986	Proposta para uma política de atendimento ao doente mental para o Estado do Rio Grande do Sul, elaborada pela equipe de psiquiatria do Inamps.
	HPSP - Transferência da sede do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS para o HCPA. O atendimento de internação hospitalar passa a ser de responsabilidade da SSMA, integrado ao Serviço de Saúde Mental Melanie Klein.
1987	Convênio para a constituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul, celebrado entre o MPAS – Inamps; MS – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública; MEC; SSMA.
	Resolução CES nº. 03: inclusão de leitos psiquiátricos nos novos contratos e convênios da SES com hospitais gerais; ênfase à saúde mental nos projetos de municipalização.
	I Encontro Estadual de Saúde Mental, com 280 participantes, preparatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental.
	HPSP adota dois programas de atendimento: do Usuário Recém Admitido e do Usuário Psicossocialmente Institucionalizado, dividindo o hospital em área hospitalar e área residencial ou de moradia.
1988	1º Curso de Aperfeiçoamento em Administração em Serviços de Saúde Mental, em Porto Alegre.
	Criação do Centro Comunitário de Saúde Mental Nossa Casa, São Lourenço do Sul, primeiro serviço de saúde mental substitutivo no Rio Grande do Sul.
	II Encontro Estadual de Saúde Mental, com 320 participantes.
	I Simpósio Internacional de Saúde Mental Comunitária – SISMEC - <i>repensando a saúde mental</i> , em Santa Maria, UFSM, que contou com 750 participantes vindos do Brasil, Uruguai e Argentina.
1989	Promulgada a Constituição do Estado do Rio Grande do Sul.
	III Encontro Estadual de Saúde Mental no HPSP, dele participaram 850 pessoas. Entre os convidados, estiveram os coordenadores nacionais de saúde mental do Brasil, da Argentina e do Uruguai.
	2º Curso de Aperfeiçoamento em Administração em Serviços de Saúde Mental, em Santa Maria.

Quadro 10 - Síntese da Constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no RS - Período da Nova República

Fontes: BRASIL, 1987a; RUSCHEL, PECCIN, 1990; QUINTO NETO, 1992; PIÑOS, 1993; HIRDES, KANTORSKI, 2003; FAGUNDES, 2006.

Um destaque importante da gestão do HPSP no período de 1983 a 1987 foi a democratização interna da instituição; pela primeira vez, os setores profissionais e as unidades de internação elegem suas chefias, e os profissionais assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos puderam assumir estes postos, marcando a

ruptura com a autoridade exclusiva da medicina na instituição. Esta posição democrática e de qualificação na atenção foi expressa no discurso de posse do então diretor: “Tentaremos dar ao hospital uma total e democrática reestruturação da organização técnica, administrativa, de planejamento, ensino e pesquisa” (BUSNELLO, 1983).

Durante esta gestão estadual o país viveu um importante processo de mudança no campo político, com o fim do regime militar e a instauração do regime democrático, com eleição indireta para presidente da república, apesar de toda a mobilização pelas Diretas-Já. Este ambiente de retorno à democracia propicia as mudanças assinaladas no HPSP, que continua com o desafio de ofertar uma atenção mais qualificada e fazer parte de um sistema estadual de saúde mental.

O ano de 1987 é um marco no setor da saúde, com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS⁵⁸ no Estado do Rio Grande do Sul, com a assinatura do Convênio celebrado entre o Mpas – Inamps; MS – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública; MEC; SSMA, com o objetivo de “aperfeiçoamento da estratégia das Ações Integradas de Saúde, visando contribuir para o avanço do processo de Reforma Sanitária” (BRASIL, 1987a). As diretrizes assumidas pelo convênio estavam alicerçadas nos princípios constituídos pela Reforma Sanitária, como universalização, integralidade, regionalização e descentralização das ações de saúde. No âmbito das estruturas, definiu um conjunto de alterações no Inamps e na SSMA, fundindo e atribuindo novas funções a setores de ambos.

No aspecto da coordenação do SUDS gaúcho foi estabelecida a “forma colegiada através do Conselho Estadual de Saúde (CES) que terá caráter deliberativo no estabelecimento, acompanhamento e avaliação da Política Estadual de Saúde, adotando-se a co-gestão como forma de relacionamento entre as partes convenientes e como forma de financiamento do sistema” (BRASIL, 1987a, p. 11). O CES foi formado por representantes do governo federal e estadual e da sociedade civil de forma paritária com dezesseis (16) membros para cada segmento. No da sociedade civil foram indicados três sindicatos, entidade ambientalista, associações

⁵⁸ Ver item 2.2 deste capítulo.

de bairro, de aposentados, pastoral da saúde, representando a Igreja Católica e prestadores de serviços privados e filantrópicos.

A gestão do SUDS ficou a cargo do Superintendente Regional do Inamps e do Secretário de Saúde, integrantes da Comissão interinstitucional de Saúde (CIS), e para a realização do processo de municipalização da saúde, a ação estratégica prioritária do SUDS, cada município ficou com a incumbência de criar sua Comissão Interinstitucional Municipal da Saúde (CIMS), com a tarefa de avaliar e acompanhar a política municipal de saúde e o plano de municipalização, a ser aprovado pela CIS.

De imediato, o SUDS municipalizou a gestão da saúde em 23 municípios e traçou como meta atingir um total de 150 dos 244 municípios⁵⁹ existentes no estado; outra repercussão foi o descontentamento dos profissionais de saúde, que não foram contemplados com representação no CES, que no segmento sociedade civil contou com representantes de usuários do sistema de saúde e com prestadores de serviços (FIOCRUZ, 1988). Esta reivindicação acompanhou todo o debate do movimento da reforma sanitária pela instalação da nova Constituição, que alterou significativamente a participação dos segmentos nos conselhos de saúde⁶⁰.

A composição política constituída no governo Pedro Simon (1987-1990) criou as condições para a formação de uma política de saúde mental orientada pelos princípios da reforma sanitária: universalização, participação, integralidade, descentralização sob a perspectiva da saúde coletiva. A gestão teve a marca de assumir politicamente a defesa dos preceitos da reforma psiquiátrica, numa crítica ao modelo hospitalocêntrico e manicomial adotado até então. As estratégias na condução da política de saúde mental foram de redistribuição do poder, resgate da cidadania do doente mental e socialização do saber (RIO GRANDE DO SUL, 1987a). Esta nova perspectiva de conduzir e pensar a saúde mental no estado

⁵⁹ O Rio Grande do Sul tinha 8.536.123 habitantes, destes 67,5% residentes na área urbana e 32,5% na rural.

⁶⁰ A partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde, nº. 8.142, 1990, os conselhos de saúde tiveram sua composição formada paritariamente entre usuários (50%) e governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço.

marcou significativamente a história do setor⁶¹, imprimindo um debate participativo, com a estratégia principal da formação e qualificação profissional (Quadro 10).

No âmbito da gestão, uma ação articulada com o Departamento das Ações de Saúde (SSMA) e o CES produziram a aprovação da Resolução CES/RS nº. 03, estabelecendo a inclusão de leitos psiquiátricos nos novos contratos e convênios da SES com hospitais gerais e a ênfase à saúde mental a ser contemplada nos projetos de municipalização (RIO GRANDE DO SUL, 1987 b). No início do período existiam 27 municípios com atendimento em saúde mental, e em julho de 1990, o estado tinha 333 municípios, e destes, 101 com ações/serviços de atenção ao portador de transtorno mental (RIO GRANDE DO SUL, 1990a).

No HPSP houve uma nova organização na assistência com a criação dos programas do Usuário Recém Admitido e do Usuário Psicossocialmente Institucionalizado, dividindo o hospital em área hospitalar e área residencial ou de moradia. A partir de então, esforços começaram a ser realizados para extinguir a função asilar assistencial da instituição, a adoção de tempo médio de tratamento hospitalar e de critérios de internação, composição de equipe multidisciplinar nas unidades de atendimento e abordagens terapêuticas e sociais para uma atenção individualizada e comunitária aos moradores (RIO GRANDE DO SUL, 1990b).

Com a segunda direção do HPSP na mesma gestão estadual, instala-se o movimento pela transformação da instituição, que torna-se pública durante a realização da VII Semana de Estudos com o tema Por uma Sociedade sem Manicômios, com a divulgação dos Direitos dos doentes mentais e expressivas manifestações na sociedade local, com ampla repercussão pela mídia da época e adesão de forças políticas gaúchas.

Para finalizar a sistematização e discussão sobre a saúde e saúde mental no Rio Grande do Sul, é relevante apresentar como foi o comportamento do gasto no setor na década de 1980, que vai revelar o inexpressivo investimento público no setor. O estudo realizado por Rabelo (1994) sobre as despesas executadas pela Administração Direta estadual no setor saúde na década de 1980, detectou a

⁶¹ Ver Fagundes (2006), que apresenta detalhadamente o processo democrático e produtor de novos saberes na saúde mental no período.

gradativa redução⁶² no programa de saúde, que corresponde ao “conjunto de ações desenvolvidas no sentido de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde” (RABELO, 1994, p. 229).

Este programa englobava as despesas principais, entre outras, nas atividades de: a) assistência médico-sanitária em geral, para manutenção das unidades de saúde; b) assistência hospitalar e c) ações de saúde, através de convênios e contratos. A atividade assistência hospitalar correspondia à manutenção e reforma dos hospitais próprios do estado, no caso o HPSP, Colônia Itapoã, Sanatório Partenon e dois hospitais em Alvorada e Cachoeirinha, administrados através de uma Fundação, para quem o estado repassa verbas. No ano de 1989 foram realizadas reformas no HPSP, o que consumiu 15% das despesas estaduais no referido programa.

Outra constatação importante e que revela o impacto da estadualização da saúde através do SUDS, é que no período de 1980 até 1988 a atividade *assistência médico-sanitária em geral* absorveu em torno de 50% do Programa Saúde, reduzindo nos anos 1989 e 1990 a 6,96% e 12,20% respectivamente, por conta do aporte de recursos federais no custeio das despesas no Programa (RABELO, 1994).

O período estudado revelou mudanças significativas na gestão do sistema de saúde, com a instalação da descentralização do âmbito federal para o estadual, e o parco financiamento público na manutenção dos serviços prestados à população, dificultando sua ampliação e conseqüente qualidade, num setor fundamental para a reprodução das condições de vida dos sujeitos. Ao mesmo tempo, foi uma época revolucionária quanto à mudança de concepção sobre a forma da atenção na saúde mental, gravando a passagem para uma nova perspectiva pautada na noção de cidadania dos portadores de transtorno mental.

Esta concepção será consolidada e combatida a partir da década de 1990, debate do próximo capítulo, que vai analisar aquele ambiente de profundas transformações no campo econômico e conseqüente impacto no político e social, com a adoção dos ajustes estruturais e alterações no papel do Estado brasileiro.

⁶² No ano de 1976 a despesa foi 2,82 %; no ano de 1980, foi de 2,20% e em 1990, de 1,72%.

3 AS REPERCUSSÕES DOS AJUSTES ESTRUTURAIS NAS REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA

A década de 1990 está gravada na história brasileira como marco de mudanças significativas na sua trajetória econômica, política e social. Os fatores desencadeantes das mudanças foram tanto internos como externos. Mudanças estas que vão alterar os conceitos sobre direitos e sobre os rumos da política de saúde e de saúde mental, aspectos que aqui serão analisados na perspectiva crítica e histórica. Inicialmente se situará brevemente as alterações ocorridas no sistema capitalista e no Estado nos países centrais, para se compreender sua influência nos países periféricos, como é o caso do Brasil.

3.1 AS REFORMAS NO CONTEXTO DO AJUSTE ESTRUTURAL DO ESTADO E OS IMPACTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE

O mundo no período do pós-segunda guerra mundial passou por profundas mudanças, com o reordenamento das forças políticas e econômicas produzidas pelo conflito bélico, com as alterações no processo de produção no capitalismo, criando o ambiente para a adoção das teorias de Keynes, que credita ao Estado o papel de interventor na economia e na produção da proteção social.

A produção e o consumo em massa foram as estratégias adotadas neste período de crescimento econômico, com a expansão do modelo fordista de produção industrial. Este modelo baseou-se em inovações tecnológicas e organizacionais calcadas na produção a partir de ciclos operatórios curtos, segmentados e em fluxo contínuo e progressivo, de modo a obter uma grande produção no menor tempo possível, associado a uma política de recompensa ao operário pela obtenção de um salário mais elevado (LARANJEIRA, 1997). O fordismo foi um aliado da teoria econômica de Keynes, tendo formado a base do longo período de expansão pós-guerra nos países com capitalismo avançado, quando os padrões de vida se elevaram e o consumo e a democracia de massa foram expandidas e preservadas (HARVEY, 1993; HOBBSBAWM, 1995).

A intervenção estatal na política econômica construiu as condições de conter a retração do mercado e possibilitar sua expansão, e, no campo das políticas sociais a adoção de mecanismos de proteção social tanto aos trabalhadores como aos segmentos populacionais à margem do processo produtivo, possibilitou a ampliação da cidadania. Nesta particularidade é que os direitos sociais passam a se constituir como um princípio valorativo, atingindo este patamar em decorrência da tensão gerada pelas reações das classes trabalhadoras à exploração gerada pelo capital, que aviltava suas condições de vida.

O Estado de Bem Estar Social consagrou os direitos sociais ao desvinculá-los da relação contratual feita pelos assalariados e estendê-los a todos os cidadãos. Assim, os direitos sociais incorporam-se plenamente à condição de cidadania, na medida em que a sociedade reconheceu a necessidade do Estado fornecer as condições mínimas de sobrevivência a todos os cidadãos (TEIXEIRA, 1986, p. 98).

O Estado de Bem Estar Social foi um fator propiciador do desenvolvimento econômico e social nos países centrais, com uma sustentação significativa de proteção social, período reconhecido como dos anos dourados (HOBBSAWM, 1995). Mas chegou a década de 1970 em que “o mundo capitalista avançado caiu numa longa e profunda recessão, combinando, pela primeira vez, baixas taxas de crescimento com altas taxas de inflação” (ANDERSON, 1995, p. 10). O fenômeno da inflação foi decorrente da política monetária adotada para manter a economia estável, num cenário de retração de investimentos e forte pressão da classe trabalhadora para a manutenção e criação de programas de seguridade social. O aumento dos déficits públicos gerados pelo gasto social “resultou em desequilíbrio nos balanços de pagamento, inflação e medíocres taxas de crescimento” (DUPAS, 1999, p. 226).

Este cenário de alta da inflação, baixas taxas de crescimento e o aumento da dívida pública produziram crises estruturais que atingiram diferentes dimensões, e estas serão respondidas “pelo capital com a reestruturação produtiva, a globalização e a ofensiva neoliberal” (BEHRING, 1998, p. 187). A reestruturação produtiva significa a alteração na produção industrial, que passa a ter a microeletrônica como a sua base e o modo de produção deixa de ser padronizado e especializado, para

ser polivalente, flexível⁶³, dependente da informática e da robótica, e como consequência, prescindível do trabalho humano. Estas mudanças estruturais provocaram profundas alterações nas relações sociais até então conhecidas, que formavam uma determinada moldura de referências tanto para a vida coletiva como para a vida privada dos homens e mulheres nas sociedades.

O fenômeno da globalização, entendido economicamente como “estágio mais avançado da internacionalização e da integração da economia mundial capitalista” (COUTINHO, 1996, p. 225) produziu um enfraquecimento do Estado-Nação pela sua debilidade na capacidade de intervir na circulação de valores, agora agilizados pela informatização, bem como a redução na sua capacidade de deliberação em virtude dos acordos serem feitos na abrangência mundial, não mais dependente exclusivamente das regras nacionais. A integração supranacional e a formação de regimes transnacionais é a nova ordem do capital, pois se constituíram processos estruturadores dos mercados financeiros, da ciência e tecnologia, meios de comunicação, dos serviços estratégicos e redes produtivas e comerciais (CASTELLS, 1999, OFFE, 1999). As décadas da crise, como Hobsbawm denomina o período de 1973 a 1993, “foi a era em que os Estados nacionais perderam seus poderes econômicos” (1995, p. 398).

A ofensiva neoliberal, como resposta às crises do capitalismo na década de 1970, consiste na retomada teórica de princípios clássicos liberais e tem como eixo a crítica do mercado sobre as consequências do intervencionismo estatal dos países centrais assumido com o Estado de Bem Estar Social e a sua aliança com a democracia social, por esta prejudicar a expansão da economia. Os fundamentos da liberdade do mercado e da desigualdade natural entre os homens foram retomados como necessários para o pleno crescimento econômico, pois,

[...] o novo igualitarismo promovido pelo Estado de Bem Estar Social destruía a liberdade dos cidadãos e a vitalidade da concorrência, da qual dependia a prosperidade de todos. [...] a desigualdade era um valor positivo - na realidade imprescindível em si -, pois disso precisavam as sociedades ocidentais (ANDERSON, 1995, p. 10).

⁶³ O modelo passa a ser o da Toyota – Japão: qualidade total, ilha de produção, “just in time”, redução de estoques, integração de gerência e produção.

Os países desenvolvidos passaram a fazer uma série de ajustes para enfrentar a crise, os quais incidiram nos direitos sociais conquistados pelas lutas históricas das classes trabalhadoras, “quando o grande capital rompe o ‘pacto’ que suportava o *Welfare State*, começa a ocorrer a retirada das coberturas sociais públicas e tem-se o corte nos direitos sociais” (NETTO, 1996, p. 99). Os Estados adotam, portanto, as orientações neoliberais que implicam numa mudança radical nos rumos da economia e nas medidas de proteção social, pois passa a ter prioridade “a estabilidade monetária, a contenção do orçamento, concessões fiscais aos detentores de capital e abandono do pleno emprego” (ANDERSON, 1995, p. 13). As medidas tomadas pelos países centrais resultaram no controle inflacionário, na contenção salarial, no enfraquecimento da organização sindical dos trabalhadores e no aumento do desemprego.

As *décadas da crise* atingiram os países da América Latina com o aumento das suas dívidas públicas, a recessão e o desemprego. Como opção para saírem desta situação, os países desenvolvidos, seus credores, estabeleceram um receituário para equilibrar suas contas, através do denominado Consenso de Washington⁶⁴. Este orientou a adoção da disciplina fiscal, abertura ao mercado internacional, privatizações, desregulação estatal, controle da inflação e redução dos gastos do governo na prestação de serviços sociais e em melhorias da infraestrutura pública em nome “da soberania absoluta do mercado auto-regulável nas relações econômicas, tanto internas quanto externas” (BATISTA, 1994, p. 27), provocando a redução do papel do Estado no incremento da economia e na garantia dos direitos sociais. Pelo quadro que se instalou, Antunes (2004) denomina esta década como a da desertificação social e política neoliberal.

As mudanças provocadas pelas orientações neoliberais originadas do Consenso de Washington têm uma repercussão ímpar, pois se contrapõem às experiências de Estado desenvolvimentista nos países da América Latina. Estes, por sua vez, sequer tinham usufruído as vantagens do keynesianismo, e de forma abrupta se vêem impelidos a encontrar respostas a sua dependência do mercado

⁶⁴ Termo cunhado pelo economista inglês Williamson em 1989, para designar um conjunto de princípios para guiar os países em desenvolvimento em uma rota de ajustes para enfrentar problemas da dívida pública e inflação.

financeiro globalizado, ao desemprego e às novas exclusões sociais resultantes do acirramento das desigualdades sociais (REIS, 2001; SOARES, 2002).

No Brasil, o último decênio do século XX vai representar um momento histórico eivado de contradições. A conquista do direito da escolha livre de seus governantes e a construção de um consenso mínimo sobre direitos sociais a serem efetivados ocorreram no contexto de ajuste econômico e de reforma das estruturas do Estado, implicando na retração do financiamento das políticas sociais e no agravamento das históricas desigualdades sociais.

A década de 1990 expressou várias rupturas relevantes no país. No quadro político, com o retorno do sufrágio universal retornando a democracia representativa; na área econômica, a política de estabilização pela via da recessão para combater a herança da inflação; a desregulamentação da economia através da liberação dos preços dos produtos e conseqüentes privatizações e liberalização das importações, e flexibilização das relações capital-trabalho (SOARES, 2001).

O Estado perde sua função de agente econômico produtivo, e deste modo suas atribuições são revisadas com a adoção da denominada reforma administrativa. Embora “[...] o ajuste estrutural permaneça entre os principais objetivos, a ênfase deslocou-se para a reforma do Estado, particularmente para a reforma administrativa” (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 21). As mudanças econômicas advindas com o Plano Real (1994) demandaram uma articulação de reforma administrativa no Estado brasileiro, com o objetivo de ser mais competitiva a inserção do país no mercado internacional. As privatizações e a flexibilização da gestão, principalmente das relações de trabalho, foram centrais na reforma da década de 1990 (PIERONTONI, 2001). Assim como no conjunto dos países da América Latina, a reforma passou a ser o eixo justificador das mudanças profundas realizadas nos pilares da estrutura do Estado. Em conseqüência, o sentido positivo do termo reforma,

[...] foi apropriado e reconvertido pelos ideólogos do neoliberalismo num significante que alude a processos e transformações sociais de claro sinal involutivo e antidemocrático, [...], pois as ‘reformas econômicas’ postas em prática na América Latina são, na realidade, ‘contra-reformas’ orientadas para aumentar a desigualdade econômica e social e para esvaziar de todo conteúdo as instituições democráticas (BORÓN, 1999, p. 11).

A expressão contra-reforma do Estado passou a representar a crítica ao processo de desmonte do Estado (NORONHA; SOARES, 2001; BEHRING, 2003) que redundou na ruptura dos compromissos assumidos na efetivação da seguridade social. Na especificidade do setor saúde, as mudanças de rota foram relativas às dimensões da descentralização, na relação entre o público e o privado, e no princípio da universalização.

A reforma administrativa do Estado brasileiro produziu uma alteração no projeto societário construído no bojo da luta pela democratização e referendado nos princípios da Constituição Federal, de um Estado público garantidor da cidadania. Este Estado é próprio do tipo desenvolvimentista (COHN, 2000; FIORI, 2003), esgotado no final do governo Sarney, no quadro de crise já descrito sobre a década de 1980, mas não perceptível na época da formulação do princípio de cidadania: dever do Estado e direito dos cidadãos.

Assim foi com o movimento da reforma sanitária, que “[...] contribuiu para transformar a política de saúde em elemento fundamental na conjuntura de estabilização da ordem política” (LUZ, 1991, p. 88). O mesmo teve a pretensão de pensar as mudanças do setor saúde como estratégico e aglutinador de um outro projeto nacional com relações políticas democráticas e garantidoras da cidadania para todos os brasileiros. Suas proposições de mudanças não se restringiram ao setor, entendendo que para estas acontecerem era imprescindível uma nova ordem social, pois “a saúde não se resolve a partir do setor saúde” (AROUCA, 1992, p. 173). O projeto da reforma sanitária foi gestado num momento histórico de encerramento de um determinado ciclo de produção econômica e social, e de anúncio de mudanças estruturais que alterariam a relação entre Estado e sociedade.

A institucionalização da política de saúde se formaliza com o marco legal das Leis 8.080 e 8.142 em 1990 (Quadro 11) e se processa no mesmo momento em que o governo brasileiro adota medidas de ajuste fiscal e reestruturação administrativa do Estado. Este cenário demonstra a histórica contradição presente em sociedades capitalistas, que são o ambiente fértil de lutas sociais entre distintos e antagônicos projetos societários.

A partir de agora se destacará alguns dos aspectos fundamentais que caracterizam a política de saúde no momento atual, com dezessete anos de vigência das leis orgânicas (8.080 e 8.142), mas, como se demonstrará distante dos princípios da Reforma Sanitária. Os aspectos eleitos para serem contextualizados são os da descentralização, financiamento, controle social e modos de atenção em saúde, cujos acontecimentos mais relevantes a eles relacionados estão sistematizados no Quadro 11.

ANO	ACONTECIMENTOS
1990	Promulgada a Lei Orgânica da Saúde - Lei nº. 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo os papéis das três esferas de Governo. Institui o Sistema Único de Saúde.
	Lei nº. 8 142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.
1991	Norma Operacional Básica 91 - Autorização de Internação Hospitalar – AIH, forma de remuneração dos prestadores de serviço; os Conselhos estaduais e municipais de saúde – CES e CMS.
	3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OMS), em Sundswall, Suécia. Tema: Ambientes Favoráveis à Saúde.
1992	Realiza-se a Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento – a ECO 92, no Rio de Janeiro.
	9ª Conferência Nacional de Saúde, de 09 a 14 de agosto.
1993	Norma Operacional Básica NOB 93 regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde. Comissões Intergestoras: instâncias de negociação compostos por gestores federal, estadual e municipal – Tripartite, e pelos gestores estaduais e municipais - Bipartite; o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA, instrumento para cadastro de serviços e controle do orçamento; repasses do governo federal aos estados.
	Lei nº. 8 689 extingue o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - Inamps.
1994	Criação do Programa de Saúde da Família – PSF - como estratégia de reorientação dos serviços de atenção básica à saúde
	Decreto nº. 1.232 dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do DF.
1996	Lei nº. 9.311 institui a contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira - CPMF, cuja finalidade seria o custeio dos serviços de saúde.
	Norma Operacional Básica NOB 96 - Resolução nº.195 - de 27/08/1996. Estabeleceu a divisão de responsabilidades entre estados e municípios; definiu modalidades de gestão municipal da saúde; definiu critérios de alocação de recursos; institui o Piso de Atenção Básica – PAB, estabelecendo um valor per capita para financiamento das ações de atenção básica; criou a Programação Pactuada Integrada – PPI; definiu o Programa Agentes Comunitários de Saúde – Pacs e Programa Saúde da Família – PSF como estratégias de mudança do modelo assistencial.
	10ª Conferência Nacional de Saúde, de 02 a 06 de setembro.
1997	Projeto Reforço à Reorganização do SUS – Reforsus (MS/BID/Banco Mundial). Os objetivos desse projeto são as recuperações física e tecnológica da rede de serviços e o desenvolvimento da capacidade de gestão dos Sistemas de diferentes níveis
	Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família
	4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OMS), em Jacarta, Indonésia. Tema: Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde pelo Século XXI adentro. Primeira conferência em país em desenvolvimento e primeira em que inclui o setor privado no apoio à promoção da saúde.
1998	Implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), que marca uma transformação no modelo de financiamento da atenção básica, sendo uma das principais medidas para viabilizar a organização da atenção básica à saúde nos municípios.

Quadro 11 - Síntese da Política de Saúde no Brasil na década de 1990

Fonte: Portarias do Ministério da Saúde. Documentos da OPAS e ONU (ver referências bibliográficas).

A descentralização é um dos aspectos fundamentais nas mudanças propostas pela reforma sanitária, e do mesmo modo, imprescindível no projeto de reforma administrativa do Estado, na medida em que viabiliza o repasse de atribuições às demais esferas governamentais, inclusive como forma de “resolver a crise de financiamento do sistema, aumentando a participação dessas esferas locais no gasto público em saúde” (VIANA, 1997, p. 207). A perspectiva primeira era de distribuir o poder e reduzir a força centralizadora presente na instância federal, que tornava os estados e municípios reféns das deliberações do governo central. “Assim, a descentralização é parte integrante, indissociável, da democratização” (CAPISTRANO FILHO, 1995, p. 62-63). Contudo, o cenário de mudanças requeridas no papel do Estado brasileiro nos anos 1990 vai requerer a aplicação da descentralização como um instrumento importante para a racionalidade e eficácia.

O Estado intervencionista no Brasil, centralizado e autoritário, com programas sociais atentos a interesses particulares, comprometeu a eficácia dos seus gastos sociais e não beneficiou os mais necessitados. Essa situação acentuou-se com a crise fiscal e tornou necessário que se repensasse o modelo de desenvolvimento em vigor no país. [...] a reestruturação do Estado pareceu indispensável e a descentralização surgiu como uma possibilidade para que se redefinissem os diversos níveis de intervenção governamental (JUNQUEIRA, 1997, p. 179).

A descentralização realizada no país tomou as feições de contra-reforma, com a implantação de uma política de saúde em consonância com o ajuste fiscal e da reforma administrativa, bem como orientada pelos organismos internacionais para o combate à pobreza e, portanto, de focalização das políticas sociais (RIZZOTTO, 2000), que no caso da saúde, concretizou-se na prioridade da atenção básica à saúde através da estratégia dos Programas Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e Saúde da Família (PSF)⁶⁵, subvertendo, desse modo, o ideário da reforma sanitária.

A racionalidade administrativa⁶⁶ foi materializada através das Normas Operacionais Básicas (NOB), que a partir de 1991 (Quadro 11) começam a conduzir os acordos intergestores sobre as competências e sobre o financiamento das ações e serviços de saúde. A NOB de 1991 teve a marca de regulamentar o processo de

⁶⁵ Criado em 1994, referendado através da NOB de 1996 e de documentos posteriores (Quadro 11).

⁶⁶ O Banco Mundial orientou que “[...] para os gastos públicos serem eficientes e eficazes, é necessário dar maior autonomia e responsabilidade às entidades públicas descentralizadas” (JUNQUEIRA, 1997, p. 180).

descentralização das ações e serviços de saúde, reorganizando as atribuições até então específicas do Inamps, extinto no mesmo ano pela lei nº. 8.689 (Quadro 11). Certamente esta decisão foi um marco de ruptura com a forte centralização política e administrativa expressa por esse órgão na organização da assistência à saúde. Desde então um conjunto de NOBs vêm sendo editadas, apontando as regras pactuadas entre as esferas de governo. A gestão passa a ter

[...] ênfase nos aspectos pragmáticos da regulamentação e implementação do SUS, com destaque nas suas dimensões técnicas (gerência, programação e avaliação) [...] reforçando assim a tendência de se reduzir a questão da justiça social e da equidade e democratização da saúde a parâmetros meramente quantitativos (de custo/efetividade, cobertura, avaliação, perfil do gasto, etc.) (COHN; ELIAS, 2002, p. 174).

A racionalidade administrativa do SUS é a expressão da nova ordem da administração pública gerencial (BRESSER PEREIRA, 1998) em que a eficiência e a eficácia passaram a ser a tônica da gestão orientada para resultados de modo a reduzir o custo público e tornar mais efetiva a administração dos serviços. Tanto as normatizações como definições sobre o financiamento das ações e serviços da saúde passaram a ser regulamentadas pelas NOBs.

Particularmente na situação do financiamento, Carvalho (2001) assinala que a Lei 8.080⁶⁷, combinada com a Lei 8.142⁶⁸, determina que todo o recurso federal para a saúde seja transferido em valor *per capita* segundo critério populacional. Parcialmente esta premissa é atendida através do Piso de Atenção Básica Ampliado (PAB)⁶⁹, que corresponde a um montante de recursos financeiros federais transferidos aos municípios na forma conhecida como fundo a fundo, regulamentada pelo Decreto Lei nº. 1232 de 1994, destinado ao financiamento das ações de atenção básica à saúde, conforme estabelece a NOB de 1996 (Quadro 11). Contudo, a determinação da lei orgânica “nunca se cumpriu, e todas as NOBs afrontam esta prescrição criando outros critérios de distribuição de recursos” (CARVALHO, 2001, p. 437).

⁶⁷ Lei 8.080, no artigo 35, parágrafo 1º: “Metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independente de qualquer procedimento prévio”.

⁶⁸ Lei 8.142 no artigo 3, parágrafo 1º: “Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios revistos no art. 35/8.080, será utilizado, para o repasse dos recursos, exclusivamente o critério estabelecido no parágrafo primeiro do mesmo artigo”.

⁶⁹ Atualmente o valor per capita é de R\$ 15,00 hab/ano, conforme Portaria do Ministério da Saúde nº. 650 de 2006.

A responsabilidade no financiamento das ações e serviços é das três esferas de governo, porém na medida em que a instância federal carimba o financiamento, ou seja, define os programas em que serão alocados os recursos, resulta na perda da autonomia da esfera municipal (PORTO, 2006). Ilustra a situação o fato de que em 1997 existiam 5 tipos de despesas registrados pelo sistema de processamento de dados do Ministério da Saúde, denominado Datasus, passando para 77 itens no ano de 2001. Cada item corresponde a recursos vinculados a programas específicos, de maneira que, “para o município ser merecedor dos recursos, é condição a implementação da política” (MARQUES; MENDES, 2003, p. 406) definida pelo governo federal⁷⁰.

O financiamento do setor de saúde é um impasse presente desde a promulgação da Constituição Federal em 1988, que previu no artigo 198, 1º parágrafo⁷¹: “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 1988). O debate sobre o financiamento público da saúde vai ser a tônica dos debates na próxima década, como se constata no Quadro 12.

⁷⁰ Os autores Marques; Mendes (2003) destacam uma experiência gaúcha, da gestão 1999-2002, em que o financiamento estadual para a saúde nos municípios foi realizado sem a pré-definição de programas, com a opção de “transferir recursos de forma global – fundo a fundo – sem vinculá-los ao desenvolvimento de determinados programas” (p. 411).

⁷¹ Parágrafo único renomeado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 13.09.00.

ANO	ACONTECIMENTOS
2000	Emenda Constitucional nº. 29, de 13/09/00, altera os artigos. 34, 35, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
	5ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde (OMS), na Cidade do México, México. Tema: Das idéias às ações.
	11ª Conferência Nacional de Saúde, de 15 a 19 de dezembro.
	Lei nº. 9 961 cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e define sua finalidade, estrutura, atribuições, receitas, sua vinculação ao Ministério da Saúde, e sua natureza.
2001	Norma Operacional da Assistência à Saúde NOB NOAS 2001- Portaria GM nº. 95 de 26/01/01
2002	Norma Operacional da Assistência à Saúde NOB NOAS - alterações pela Portaria nº. 373 de 27/02/2002
	Portaria Ministério da Saúde nº. 1101 - Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS.
	Carta à Sociedade Brasileira – Em Defesa da Saúde dos Brasileiros, produzida pela ABRASCO, CEBES e intelectuais do movimento da Reforma Sanitária Brasileira.
2003	12ª Conferência Nacional de Saúde, de 07 a 11 de dezembro.
2005	Manifesto “Reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros”, elaborado por várias entidades, e que desde então, constituíram o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (novembro).
2006	Portaria Ministério da Saúde nº. 399 – Diretrizes do Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS.
	Portaria Ministério da Saúde nº. 675 – Direitos dos Usuários do SUS.
	Portaria Ministério da Saúde nº. 687 – Promoção da Saúde.
	Portaria Ministério da Saúde nº. 698 – Gestão do SUS.
	Portaria Ministério da Saúde nº. 699 - Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.
	3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (março).
	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde – DSS (março)
	Documento “O SUS é pra valer: universal, humanizado e de qualidade”, elaborado e divulgado pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (julho).
	Documento “Gasto em Saúde no Brasil: é muito ou pouco?”, elaborado e divulgado pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (julho).

Quadro 12 - Síntese da Política de Saúde no Brasil na primeira década do século XXI

Fontes: BRASIL, 2004; HOCHMAN, 2005; FIOCRUZ, 2005.

O governo federal vem ao longo deste tempo criando diferentes estratégias para lidar com a questão do financiamento público da saúde, por conta do ajuste estrutural e da crítica da área econômica à vinculação de receitas a políticas específicas, A CPMF⁷² foi criada após intenso debate na sociedade com a finalidade de aumentar os recursos para o setor. Contudo, sua finalidade foi desvirtuada e não houve aumento significativo (CARVALHO, 2003) para custear as ações e serviços do setor.

Desde a promulgação da lei orgânica da saúde, os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde vêm lutando pela vinculação orçamentária nas três esferas de gestão, como uma forma de garantir financiamento suficiente para o alcance dos objetivos da política. Por muito tempo se realizou a luta pela aprovação do Projeto de Emenda Constitucional nº. 29, com a deflagração de uma ampla mobilização popular a partir da 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996). A aprovação da Emenda Constitucional nº. 29⁷³ no ano de 2000 foi uma vitória parcial do movimento pela saúde. Vitória porque, apesar da resistência do setor econômico do governo⁷⁴ e dos representantes do mercado no Congresso Nacional, foi possível estabelecer percentuais orçamentários nas três esferas de governo para custear a saúde.

Contudo, o prazo de transitoriedade da Emenda foi estabelecido até o ano de 2004, quando nova lei complementar deveria ser adotada para regulamentar o artigo 198 da Constituição Federal. Na ausência desta regulamentação, as esferas de governo têm dado interpretações diversas sobre o que significam *ações e serviços de saúde*, reduzindo assim o gasto real no setor saúde.

⁷² Contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, criada com a Lei nº. 9.311 em 1996.

⁷³ Disposições Constitucionais Transitórias - Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I - no caso da União: a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento; b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB; II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

⁷⁴ O então Ministro da Saúde, José Serra, é cobrado por defender a vinculação de verbas para a saúde, pois mudou de opinião por entender que os setores com verbas não vinculadas são os primeiros a receberem cortes em casos de crise fiscal, como ocorreu com a saúde nas crises de 1991 e 1993. SERRA, José. Saúde: vinculação necessária. Folha de São Paulo. 09/07/2000.

Existem estimativas de que o descumprimento da Emenda constitucional nº. 29, por parte da União e dos Estados, significou, no período de 2000-2004, uma perda para o financiamento do SUS na ordem de R\$7,2 bilhões. Contudo, verificou-se um aumento da participação dos governos estaduais e municipais no financiamento do SUS (PORTO, 2006, p. 577).

A participação das três esferas de governo no gasto público em saúde sofreu de fato alterações significativas, com os municípios, principalmente, ampliando o financiamento de ações e serviços no setor. “A Emenda Constitucional 29 foi uma reengenharia, pois o governo federal conseguiu reduzir suas obrigações e repassou aos estados e municípios a maior responsabilidade no financiamento do setor saúde” (NORONHA; SOARES, 2001, p. 449), como se verifica no Tabela 02.

Tabela 02 – Alteração do gasto público em saúde nas esferas de gestão nos anos 1980, 1994 e 2002.

Ano / percentual por esfera de gestão	% Federal	% Estadual	% Municipal
1980	75,0	18,0	7,0
1994	60,7	22,1	17,2
2002	58,0	20,0	22,0

Fontes: MARQUES; MENDES, 2003; PORTO, 2006.

Constata-se que em duas décadas houve um aumento importante na participação dos municípios no gastos com saúde, de 7% em 1980 a 22% em 2002, assim como uma significativa redução de gastos na esfera federal. Outra medida adotada por esta instância que dificulta o financiamento das políticas sociais é a Desvinculação de Recursos da União (DRU)⁷⁵ que retém 20% de todos os impostos e contribuições federais, afetando diretamente o Orçamento da Seguridade Social. “A concepção de orçamento único e diversidade de fontes de financiamento para os componentes da seguridade social foi abandonada” (NORONHA; SOARES, 2001, p. 448) por conta dos compromissos dos governos federais com as metas negociadas com os financiadores internacionais, exigindo o descumprimento da norma

⁷⁵ Em 1994 o Poder Executivo propôs e o Congresso aprovou uma emenda à Constituição que autorizou a desvinculação de 20% de todos os impostos e contribuições federais. Foi criado o Fundo Social de Emergência, posteriormente denominado Fundo de Estabilização Fiscal, que vigorou até 1999. A partir de 2000 passou a se chamar Desvinculação de Recursos da União (DRU) tendo sua prorrogação aprovada pelo Congresso até 2007.

constitucional relativa ao financiamento da Seguridade Social. Em estudo realizado pela Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social, foi constatada esta realidade.

No período de 2000 a 2005, mais de R\$ 222 bilhões em recursos da Seguridade Social foram utilizados, de algum modo, para sustentar o superávit primário⁷⁶ da União. Em 2005, foram arrecadados para o Orçamento da Seguridade Social R\$ 278,1 bilhões. Apenas R\$ 221,2 bilhões foram gastos em despesas típicas de previdência, saúde e assistência social. [...] Esses resultados subvertem os preceitos estabelecidos pela Constituição de 1988, que concebe a Seguridade Social como sistema para proteção de direitos e garantia de serviços de responsabilidade estatal, relativos à saúde, previdência e assistência social (ASSOCIAÇÃO, 2006, p. 45).

A contra-reforma do Estado é apoiada por organismos financeiros internacionais como o Banco Mundial, que no caso da saúde, propugna pressupostos e diretrizes divergentes dos projetos originais de reforma sanitária. Estas propostas “valorizam a eficiência e a eficácia em detrimento da equidade mediante políticas de ajuste macroeconômico e, no setor saúde, através da focalização e da cesta básica de serviços” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 50), com uma política focalista na busca da equidade para os mais pobres, priorizando assim a atenção básica em saúde.

O Banco Mundial tem se ocupado em analisar o setor de saúde nos países em desenvolvimento e lançado orientações que têm como direção a ampliação da desresponsabilização do Estado nas políticas sociais. Em estudo realizado por Rizzotto (2000), foram sistematizadas várias destas orientações especificamente ao Brasil, sendo que uma delas sintetiza o rumo esperado:

[...] introdução de reformas institucionais e no sistema de financiamento do setor de saúde, que incluiria a descentralização, com dotação de recursos, prioritariamente para os pobres, mobilização de recursos privados, racionamento da atenção médica e o uso de incentivos e técnicas de gestão modernas (RIZZOTTO, 2000, p. 156).

Na orientação relativa às alterações institucionais necessárias para os ajustes estruturais na saúde, destaca-se a flexibilização da gestão, um dos eixos da reforma administrativa do Estado, que alterou a relação público-privado existente no serviço

⁷⁶ O superávit primário é um mecanismo contábil que a partir das orientações do FMI, tornou-se uma ferramenta para o pagamento da dívida. O governo passa a ter como objetivo arrecadar mais do que gasta, não considerando o pagamento de juros da dívida (FBO, 2004).

público, com maior incremento nas estruturas jurídico-administrativas. Estas permitiram às fundações, cooperativas e organizações sociais (COSTA, 2000) serem prestadoras de serviços de saúde, com financiamento público, e na captação de profissionais através de contratos precários ou por meio das terceirizações nas contratações, com evasão fiscal pelo não recolhimento de contribuições sociais na contratação de prestadores individualizados.

O impacto da reforma na saúde foi mais significativo “nos aspectos relacionados com a área de recursos humanos por introduzirem modificações substantivas e generalizadas nas relações de vínculos trabalhista, direitos e vantagens e carreiras do serviço público” (PIERONTONI, 2001, 345). Esta realidade tem agravado as condições de trabalho e conseqüentemente, a oferta qualificada de serviços e ações de saúde, tendo sido o tema central da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (março de 2006), com o lema “a desprecarização é urgente” (DOMINGUEZ, 2006).

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde, na forma de associações ou como entidades civis de direito privado, têm sido uma alternativa para os municípios aperfeiçoarem estruturas e equipamentos de maior complexidade tecnológica, facilitar o acesso aos serviços de saúde e, principalmente, atender a legislação relativa à responsabilidade na gestão fiscal⁷⁷ no quesito relativo à contratação de pessoal. No ano de 2000 existiam 91 consórcios distribuídos em sete estados, abrangendo 22% dos municípios e 12% da população brasileira, confirmando a expressiva participação de municípios pequenos⁷⁸, concentrados nas regiões Sul e Sudeste. Esta realidade refuta o discurso dos gestores que justificam a implantação de consórcios “para suprir a falta de recursos humanos e financeiros, uma vez que no Sul e Sudeste estão concentrados a maior parte dos recursos tecnológicos e humanos da saúde” (LIMA, 2000, p. 993). Ou seja, os consórcios se constituem numa modalidade mais flexível de contratação de serviços e de profissionais, com seus funcionamentos facilitados para atender ao projeto de desoneração pública frente às políticas sociais.

⁷⁷ Lei complementar nº. 101, de 4/05/2000 - Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.

⁷⁸ 71,35% dos municípios no Brasil têm até 19.900 habitantes (DELGADO et al., 2007, p. 62).

A orientação do Banco Mundial contém ainda uma questão crucial que precisa ser discutida; o relativo ao princípio da universalização da assistência à saúde. Este princípio é o mais atingido com a contra-reforma no setor saúde, visto que tanto no financiamento como na prioridade da atenção à saúde existe a seletividade para os mais pobres, ocorrendo assim a “cisão entre assistência para ricos e remediados através dos planos privados e assistência para os pobres com o SUS” (NORONHA; SOARES, 2001, p. 449). Este processo teve seu impulso com a adoção das Ações Integradas de Saúde e intensificadas com o SUDS (Quadro 5) quando os recursos financeiros vinculados ao Inamps foram dirigidos para as administrações estaduais e municipais ampliarem a cobertura e a eficiência da assistência à saúde, que conseqüentemente, reduziu a transferência de recursos para a compra de serviços no setor privado. Esta medida gerou perda da qualidade dos serviços privados e contratados, levando as empresas e a classe média a buscarem no mercado da medicina supletiva⁷⁹ a sua própria assistência médica (MÉDICI, 1995).

Desde então, o setor privado de saúde vem crescendo significativamente “[...] com a expansão do sistema de assistência médica supletiva nas áreas de economia mais dinâmica” (BARROS, 1997, p. 115). A articulação público-privado se constituiu como integrante do processo de desenvolvimento da política de saúde, com o governo criando a Agência de Saúde Suplementar⁸⁰ no ano 2000 (Quadro 11) e o Departamento de Economia da Saúde⁸¹, já com fomento de linhas de pesquisa e estudos sobre esta matéria. Na 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000), os conferencistas destacaram que a descentralização melhorou o acesso da população aos serviços de saúde, mas também denunciaram o descumprimento do princípio da universalização na organização das redes de serviços (MATTOS, 2005).

⁷⁹ Medicina supletiva equivale às modalidades organizacionais de Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas, Seguro Saúde e Plano Auto-Administrados pelas empresas (MÉDICI, 1995).

⁸⁰ A Agência de Saúde Suplementar é um dos órgãos vinculados ao Ministério da Saúde, junto com o Conselho Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Agência nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Instituto Nacional do Câncer (INCA) e Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

⁸¹ O Departamento integra a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. “Economia da Saúde é o campo de conhecimento voltado para o desenvolvimento e uso de ferramentas de economia na análise, formulação e implementação das políticas de saúde. Envolve a análise e o desenvolvimento de metodologias relacionadas ao financiamento do sistema, a mecanismos de alocação de recursos, à apuração de custos, à avaliação tecnológica, etc. Busca o aumento da eficiência no uso dos recursos públicos e a equidade na distribuição dos benefícios de saúde por ele propiciados”. Ministério da Saúde.

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1001

No tocante ao financiamento, o Banco Mundial equipa e aparelha as instituições de saúde, principalmente através de empréstimos como o Reforsus⁸², e preconiza a cobrança direta dos usuários pelos serviços recebidos, sendo o Brasil por enquanto, o único na América Latina que não cobra por serviços prestados (NORONHA; SOARES, 2001). Esta proposta é consequência do paradigma da economia da saúde, que vem orientando a atual posição dos organismos internacionais em relação ao setor.

A nova agenda para o século XXI engloba proposições derivadas do paradigma da economia da saúde, acentuando fortemente uma visão de cidadania social restrita, dirigida aos segmentos populacionais extremamente empobrecidos e articulando atenção à saúde com proteção social (NOGUEIRA; PIRES, 2004, p. 758).

O destaque que a economia da saúde vem adquirindo reforça a constatação de que a universalização está cindida, com o governo optando pelos mais pobres para terem direito à saúde, ou mais precisamente, acesso, pois a noção de direito pleno está desconstituída. Contudo, considerando a desigualdade social e o desemprego estrutural presentes no Brasil, o sistema público de saúde tem sido o responsável pela grande maioria da assistência, com a participação tanto maior quanto menor o nível de renda da população (PORTO et al., 2006, p. 907).

Em estudo realizado nos dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) nos anos de 1998 e 2003 relativos ao tipo de financiamento dos serviços de saúde utilizados pela população: SUS, plano de saúde⁸³ e pagamento direto por serviço, os resultados revelaram que o SUS é o financiador de 61% dos atendimentos em saúde e 70% das internações hospitalares realizadas no ano de 2003, tendo aumentado sua participação em 9,3% e 4,1% respectivamente, em relação ao ano de 1998 (PORTO et al., 2006).

Por conta desta realidade do financiamento e rompimento do princípio da universalização, os Conselhos de Saúde, em conjunto com demais forças sociais

⁸² Reforsus – Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde. Consiste num dos projetos financiados pelo Banco Mundial, que o denomina de Projeto de Reforma do Setor Saúde (RIZZOTTO, 2000).

⁸³ Dados do IBGE informam que 25% da população brasileira têm algum plano de saúde privado (MARSIGLIA et al., 2007, p. 33).

organizadas, continuam na luta pela regulamentação do financiamento⁸⁴ da saúde no Brasil, pois é preciso garantir as condições materiais para uma atenção com qualidade e dignidade. Contudo, a mobilização e capacidade organizativa dos Conselhos de Saúde têm estado em ritmo descompassado como efeito do “esgotamento do ideário original da Reforma Sanitária” (COHN; ELIAS, 2002), advindo do avanço da contra-reforma do Estado. A exigência sobre os Conselhos é quanto a sua capacidade gerencial na agilidade de examinar e aprovar as propostas de saúde emanadas do gestor, revelando um prejuízo na qualidade dos debates e, principalmente, um esvaziamento do caráter deliberativo dos conselhos, com a participação “confinada aos canais institucionais de participação [...] burocratizados onde são referendadas as decisões já tomadas pelo executivo” (COHN, 2000, p. 315).

A luta pela maior democratização no setor e fortalecimento do controle social tem tido sua expressão máxima nas Conferências Nacionais de Saúde⁸⁵. A 9ª (1992), deliberou sobre a necessária autonomia e independência de forças representativas da sociedade civil em relação ao Estado; a 10ª (1996), confirmou o encaminhamento da anterior, e referendou o gestor como protagonista desse processo; a 11ª (2000), enfatizou que a participação também fundamental na produção do SUS, e não exclusivamente na sua fiscalização (MATTOS et al., 2005) e, por fim, a 12ª Conferência enfatiza, entre vários aspectos, que suas deliberações devem ser cumpridas pelos gestores e a realização de capacitação para os conselheiros (CARVALHO; CORDOVIL, 2004).

O controle social na agenda das políticas públicas tem sido exaustivamente discutido⁸⁶, revelando que ainda é preciso haver um fortalecimento da capacidade de articulação dos segmentos populares, para fazer frente aos interesses organizados dos gestores, corporações e mercado da saúde. Também se faz necessária uma política de formação de conselheiros, visto que o setor de saúde está com intensa exigência de conhecimentos técnicos requeridos para o crescente

⁸⁴ Tramita no Congresso Nacional desde 2003 o Projeto de Lei Complementar 01/03, que tem o apoio do setor saúde. Tramitam dois outros projetos de lei complementar - 159/04 e 181/04. Há uma expectativa de que o governo apoie sua aprovação no ano de 2007.

⁸⁵ Ver Apêndice A.

⁸⁶ Ver Bravo (2002a e 2002b); Dagnino (2002); Degennszajh (2000); Gohn (1991; 2003); Nogueira, Marco Aurélio (1997, 2004); Santos Júnior et al (2004).

papel regulatório do Estado. Esta ação é fundamental para superar a situação comumente encontrada hoje, de,

[...] os conselhos de saúde locais são como convidados 'inconvenientes' ao exercício do processo decisório. Sua base de representação é frágil e a formação dos conselheiros é insuficiente para a tomada de decisão em assuntos de caráter técnico (GERSCHMAN, 2004, p. 17).

As mesmas características do início da década de 1990 ainda estão presentes na atualidade do Brasil, com “a cultura fortemente clientelista [...] com a baixa capacidade de gestão dos municípios e a sociedade civil com pequena capacidade para impulsionar e para controlar o governo” (CAMPOS, 2005, p. 19) dificultando o amadurecimento político e o apogeu da cidadania. Os princípios da descentralização e participação estão “[...] cada vez mais esmaecidos, esquecidos em nome da eficiência do gasto em saúde” (MARQUES; MENDES, 2003, p. 405).

O debate e o esforço de garantir as condições necessárias para o pleno desenvolvimento do SUS têm ocupado a agenda política dos diversos segmentos envolvidos no setor, com ênfase nos aspectos de gestão e financiamento. O processo de implantação do SUS

[...] tem avançado nas linhas de menor resistência política – o repasse dos serviços – enquanto o ‘núcleo duro’ da Reforma correspondente ao financiamento do sistema de saúde não sofreu as alterações necessárias para a implementação da política a ser efetivada, com o que se obteve o estabelecimento apenas de mudanças de caráter administrativo ou reorganizativo dos serviços do SUS (GERSCHMAN, 2004, p. 261).

Esta avaliação tem sido recorrente nos segmentos do setor, caracterizado pela tensão entre os pressupostos da reforma sanitária e a viabilização possível desta política pública no contexto de retração do Estado no investimento necessário para garantir a cidadania no Brasil. Setores defensores da reforma começam a organizar mobilizações junto ao Congresso Nacional e ao governo federal pressionando pela garantia de financiamento e pela adoção dos princípios da reforma sanitária na política de saúde, tendo se constituído como uma força social denominada Fórum da Reforma Sanitária Brasileira⁸⁷ (Quadro 12).

⁸⁷ Formado pela Abrasco, Cebes, Ampasa, Rede UNIDA, Abres.

A Fiocruz fez no ano de 2005 um diagnóstico sobre os determinantes sociais de saúde, elementos de ordem econômica e social que afetam a situação de saúde de uma população, e concluiu que “as desigualdades sociais e econômicas, injustas e evitáveis – ou seja, as iniquidades – são as nossas mais graves doenças” (LOPES, 2006, p. 11). Em decorrência, propôs a formação de um grupo interdisciplinar e intersetorial para abordar a questão dos determinantes sociais, o que foi assumido pelo governo federal com a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS)⁸⁸, com o objetivo de formular caminhos para a saúde pública no Brasil no prazo de dois anos, em três linhas de ação: produção de informações e conhecimentos, apoio e avaliação de políticas e mobilização social. As desigualdades sociais brasileiras determinam as condições de saúde da população, como consequência das escolhas sobre a política econômica e social no país.

A tensão presente no setor saúde produziu, muito recentemente, uma nova reestruturação na política pública de saúde. Seu breve exame torna-se importante, considerando que vai alterar significativamente a dinâmica do financiamento, da gestão e das prioridades em saúde. A nova reorganização da saúde não adota mais a lógica das normas operacionais básicas (NOB), ferramenta de normatização e consenso entre os gestores, mas a lógica do Pacto, entendendo se tratar de um novo patamar de relações e responsabilidades dos gestores. Ou seja, não se trata mais de somente regular o sistema de saúde a partir de suas legislações, mas de instalar uma nova dinâmica e novos conceitos no próprio sistema. A projeção desta mudança é ser de longo prazo, e envolveu os governos federal, estaduais e municipais, com a aprovação do Conselho Nacional de Saúde.

A deliberação final se materializou a partir de fevereiro de 2006 através de um conjunto de portarias ministeriais (Quadro 12), sob a denominação de *Pacto da Saúde – Consolidação do SUS*. O Pacto é formado pelos componentes: Pacto em Defesa do SUS; Pacto pela Vida e Pacto de Gestão, e tem como diretrizes a integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação

⁸⁸ Criada em março de 2006, formada por dezessete personalidades públicas das áreas da cultura, da saúde e demais setores do conhecimento. A Comissão segue uma orientação da OMS, que criou sua própria em 2005 para apoiar e coordenar este movimento no âmbito internacional, sendo que o Brasil foi o primeiro país a acatar.

social, intersectorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade. Brevemente, e a partir das Portarias Ministeriais, se destacará os aspectos mais fundamentais de cada componente.

O Pacto em Defesa do SUS visa implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de: a) mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; b) alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional; c) garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde; d) aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas; e) elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS, que se efetivou através da Portaria nº. 675 (Quadro 12).

O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. As prioridades inicialmente estabelecidas são a saúde do Idoso; câncer de colo de útero e de mama, mortalidade infantil e materna, doenças emergentes e endemias (ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza), promoção da saúde, atenção básica à saúde.

O Pacto de Gestão radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio a sua qualificação. Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; estabelece relações contratuais entre os entes federativos, e integra em cinco blocos o financiamento federal: atenção básica, média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão.

Constata-se que estão contidas no componente Pacto em Defesa do SUS algumas premissas centrais do movimento da reforma sanitária, como os direitos dos cidadãos à saúde e o financiamento como garantidor e viabilizador destes. No Pacto pela Vida constam as ações prioritárias estabelecidas com a confirmação da atenção básica e, pela primeira vez com destaque, a promoção da saúde, que tem formulada uma política nacional através da portaria ministerial nº. 687.

A promoção da saúde tem se desenvolvido nos últimos vinte anos nos países centrais (BUSS, 2003), cujos conceitos e práticas têm sido orientadas pelas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde (Quadros 5 e 12), que já teve sua quinta edição, desde 1986, promovida pela OMS em Ottawa, Canadá, que aprova a Carta de Ottawa para Promoção da Saúde, documento referencial no assunto desde então. A Carta de Ottawa definiu o conceito de promoção da saúde como:

[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OMS, 1986).

O conceito revela a perspectiva de saúde em que os indivíduos têm a maior responsabilidade na sua condição de bem estar pelas escolhas quanto a estilos de vida, bem como valoriza o meio ambiente e a conexão necessária entre os setores, na perspectiva da sustentabilidade⁸⁹. A promoção da saúde apresenta-se

[...] como uma estratégia de mediação entre as pessoas e seu ambiente, combinando escolhas individuais com responsabilidade social pela saúde. Nesse sentido, as estratégias de promoção da saúde são mais integradas e intersetoriais, bem com supõem uma efetiva participação da população desde sua formulação até sua implementação (BUSS, 2003, p. 34-35).

⁸⁹ A Conferência Mundial de Meio Ambiente – ECO Rio, realizada no Rio de Janeiro em 1992 definiu a saúde ambiental como prioridade para a promoção da saúde, compondo a Agenda 21 da ONU. A OMS vem incorporando a “questão do desenvolvimento econômico e social sustentado como importante pauta extra-setorial para o campo da saúde” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 46-47).

A promoção em saúde no Brasil estava secundarizada nos debates sobre modos de atenção em saúde, estes mais intensos em torno da saúde da família, integralidade e humanização. E por sua vez, o debate sobre modos de atenção estava reduzido pelo fato das questões ligadas ao financiamento e à gestão terem sido a tônica da discussão na implantação do SUS (PAIM, 2003). O objetivo geral da Política Nacional da Promoção da Saúde é: Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006a, p.13). Destaca-se a conexão estreita que haverá entre a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e a promoção da saúde como prioridade do governo no setor de saúde, que pretende reduzir as iniquidades regionais e locais.

O destaque no componente Pacto de Gestão é a definição de que ocorrerá uma radicalização da descentralização das atribuições do Ministério da Saúde. Implicará na maior autonomia municipal na definição das suas prioridades e programas de saúde, considerando que se extingue a figura da habilitação de gestão⁹⁰ do sistema de saúde e se amplia a responsabilidade sanitária de cada instância através do Termo de Compromisso de Gestão. As instâncias estaduais de pactuação⁹¹ terão maior autonomia e serão criadas instâncias regionais para agilização do sistema. As mudanças no financiamento serão importantes, desaparecendo ao longo de um determinado tempo a forma de repasse de verbas por convênios vinculados a programas específicos, e o repasse, fundo a fundo, passa a ser a modalidade preferencial, concentrado em cinco blocos de ações.

Muitas das mudanças estabelecidas neste recente reordenamento na gestão do SUS estão em sintonia com antigas reivindicações, como a de substituir o financiamento atrelado à realização de determinados programas (AROUCA, 2006, p. 9) e a maior descentralização das atribuições federais, pois somente estas duas medidas criarão condições mais favoráveis para o desenvolvimento satisfatório da política de saúde no país. A promoção da saúde tem o desafio de qualificar e ampliar a concepção de saúde, pois “a visibilidade da saúde na área social está na

⁹⁰ A NOB NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde 2001 alterou as formas de habilitação para a gestão, criadas pelas NOB anteriores para Gestão Plena do Sistema Municipal.

⁹¹ Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

“assistência ao doente” (hospitais, construções) que redundam em maior retorno político do que a assistência à saúde” (COHN 2000, 317).

A prioridade da promoção da saúde é uma questão que precisa ser ainda melhor dimensionada, pois pode significar redução de investimentos em ações e serviços de assistência direta, se sua ênfase recair sobre a dimensão da educação em saúde e de mudanças de estilos de vida, a exemplo de experiências americanas na década de 1980, quando os programas indicaram uma “[...] clara opção pela proposta mínima de mudança de estilo de vida por meio de programas de modificação de comportamentos considerados de risco (hábito de fumar, dieta, etc.)” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 46). Somente no seu desenrolar se verificará a direção destas mudanças, se na intensificação da contra-reforma do setor saúde ou em avanços na efetivação de pressupostos da reforma sanitária. Os rumos vão estar condicionados pelas capacidades de articulação das forças sociais de toda a sociedade, ou seja, da tensão permanente da luta pela hegemonia das forças sociais que aspiram um projeto societário de usufruto das riquezas socialmente produzidas.

3.2 O DEBATE SOBRE OS DIREITOS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

A dimensão dos direitos no campo da saúde mental constitui-se numa discussão central no debate que se intensifica de forma mais preponderante a partir dos anos 1990, na reivindicação da cidadania às pessoas portadoras de transtorno mental, entendendo cidadania como o “processo de desenvolvimento dos direitos no interior das sociedades capitalistas” (MARSIGLIA, 1987, p. 13). Há uma contradição nesta discussão, considerando que histórica, teórica e juridicamente a noção de direitos se relaciona com a racionalidade e autodeterminação legitimada socialmente. Para o enfrentamento deste debate se faz necessária uma abordagem sobre a construção dos fundamentos dos direitos e das condições que propiciam ser promulgada a cidadania dos portadores de transtorno mental.

Abordar a temática dos direitos implica em fazer referência ao acontecimento histórico⁹² que marca preponderantemente seu surgimento na história da humanidade, a Revolução Francesa⁹³. Esta pôs fim ao Antigo Regime na França, gravou na história da humanidade ideários que ainda são referenciados, como o lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, anunciando um novo lugar para o indivíduo, agora livre da opressão dos regimes absolutistas. O cenário era o da primeira revolução industrial, que provocou mudanças ímpares na relação do homem com o seu meio a partir da constituição do modo de produção capitalista industrial, que influenciado pela Revolução Francesa estabeleceu “os negócios pacíficos como um interesse universal” (POLANYI, 2000 p. 21).

O Iluminismo⁹⁴ marcou o início da modernidade e influenciou sobremaneira a Revolução Francesa, pois imprimiu o estatuto antropocêntrico, necessário para a sociedade prescindir do absolutismo e assumir por si mesmo os seus rumos. Hobsbawm (1996, p. 29) faz uma análise sobre a economia industrial na época, dizendo que “era o produto da combinação do progresso do Iluminismo em geral – liberdade, igualdade e economia política – com o avanço material da produção”. O iluminismo “juntou uma complexa coleção de idéias que abrangiam direitos humanos, governo constitucional e liberdade econômica” (MERQUIOR, 1991, p. 49), compondo um quadro de referência organizativo e explicativo da sociedade.

Determinadas formulações teóricas contribuíram para a construção do novo ideário propagado pela Revolução Francesa, como a concepção do liberalismo, político e econômico⁹⁵ que lança as bases do Estado liberal; a crítica às idéias mercantilistas e a preconização do liberalismo econômico⁹⁶, e o conceito de soberania popular⁹⁷ que defende a liberdade e a igualdade entre os homens (MENDONÇA, 1994). A partir deste marco histórico, rompe-se a vinculação da Igreja com o Estado, instituiu-se a figura da República, e a necessidade da Constituição

⁹² Declaração de Direitos de Virgínia (EUA), em 1776, foi também um marco na história de constituição de direitos.

⁹³ Período de maio de 1789 a novembro de 1799. Falcon e Moura (1995) denominam a Revolução Francesa como um conjunto de movimentos revolucionários, com a ocorrência de quatro revoluções: a aristocrática, a burguesa, a camponesa e a popular, que se sucediam ou se sobrepunham.

⁹⁴ Iluminismo é uma “linha filosófica caracterizada pelo empenho de estender a crítica e o guia da razão em todos os campos da experiência humana” (ABBAGNANO, 1982, p. 509).

⁹⁵ Publicação na Inglaterra, em 1688, da obra Segundo Tratado de John Locke.

⁹⁶ Na Inglaterra, Adam Smith publica em 1776 a obra A Riqueza das Nações.

⁹⁷ Na França, Jacques Rousseau publica em 1762 a obra o Contrato Social.

como manifestação da vontade geral, viabilizando a concepção dos direitos do homem com a aprovação da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, em 1789.

A premissa da República e da constituição como garantidoras do princípio da liberdade e da soberania do povo construiu a noção de Estado de direito, que na sua formulação liberal significa a “constitucionalização dos direitos naturais, ou seja, a transformação desses direitos em direitos juridicamente protegidos, isto é, verdadeiros direitos positivos” (BOBBIO, 1995, p. 18). Esta premissa corresponde a noção dos direitos civis assentados na igualdade e liberdade de todos os indivíduos ou cidadãos.

[...] o cidadão é um corolário do surgimento do capitalismo, mas que o pensamento liberal que embasava a criação do novo Estado era ao mesmo tempo revolucionário, enquanto estabelece os princípios universais da igualdade e liberdade, e profundamente reacionário e antidemocrático quando os restringia exclusivamente aos direitos civis (TEIXEIRA, 1986, p. 96).

Os ideários da Revolução Francesa foram a expressão do liberalismo, legitimados pela via revolucionária. E foi possível realizar-se pelo estágio da economia na época, que precisava de mais espaço político para sua expansão, até então impedida pelo absolutismo. Tem relevância a afirmação de que “os direitos humanos de liberdade, fraternidade e igualdade são problemáticos, não por si só, mas em função do contexto em que se originam, enquanto postulados ideais abstratos e irrealizáveis” (MÉSZÁROS, 1993, p. 207). Ou seja, este ideário foi explicitado como forma de garantir os interesses privados e não coletivos da sociedade.

A concepção de Estado liberal foi a que justificou a economia de mercado, o mercado de trabalho e o livre comércio, ou seja, trocas livres no capitalismo, possibilitando sua expansão desde o século XVIII. Com o advento do capitalismo, na sua fase industrial, e com o surgimento da ciência e sua ênfase na racionalidade, o homem passou a ser objeto de controle, seja pela sua exploração através do trabalho, seja por não ser considerado apto para tal.

O marco das problematizações relativas ao fenômeno da loucura, entendida como resultante das condições materiais que produzem a vida social e espiritual do homem, é o contexto histórico da passagem da sociedade feudal para a sociedade moderna, esta advinda da industrialização e do iluminismo. Ao longo do tempo, várias análises foram feitas para sua compreensão⁹⁸ e a busca de sua normalização.

A produção das idéias, das representações e da consciência está, a princípio, direta e intimamente ligada à atividade material e ao comércio material dos homens; ela é a linguagem da vida real. As representações, o pensamento, o comércio intelectual dos homens aparece aqui como a emanção direta de seu comportamento material (MARX; ENGELS, 2002, p. 18).

A loucura é apreendida como uma manifestação humana, decorrente dos modos de vida e percepções sobre os mesmos, diretamente relacionados a um determinado momento histórico. Ao longo do tempo, a sociedade destinou espaços específicos para os loucos, e esta reclusão passou por várias modalidades. A mais antiga era a prática de recolher os loucos junto com outras minorias sociais, em edifícios mantidos pelo poder público ou por grupos religiosos. Posteriormente, na Europa, aparecem as instituições hospitalares destinadas a dar tratamento médico aos doentes sem recursos e que passam a acolher também os loucos, sendo que o tratamento ficava a cargo de pessoas sem formação médica, quase sempre religiosas. Um terceiro grupo de instituições, mais freqüentes a partir do século XIX, caracteriza-se por acolher apenas doentes mentais e dar-lhes tratamento médico sistemático e especializado. Essas passam a se chamar ‘manicômios’ (CASTEL, 1978; PESSOTTI, 1996).

Muito antes da Revolução Francesa já existiam “asilos para alienados”, contudo, a divulgação das idéias de Descartes⁹⁹, de identificar o pensamento como condição para a existência, instala o consenso da razão e do juízo como condição para o homem ser capaz de cuidar de si: “[...] um racionalismo que classifica a loucura como erro, perda da verdade. [...] em que a loucura se torna condição de impossibilidade do pensamento. Se eu penso não posso ser louco, se louco não posso pensar” (MACHADO, 2000, p. 29).

⁹⁸ Ver Castel (1978); Wing (1979); Szasz (1984); Foucault (1989b); Perrusi (1995); David-Ménard (1996) entre outros.

⁹⁹ René Descartes (1596-1650) filósofo, físico e matemático francês, reconhecido como fundador da filosofia e matemática modernas.

Nesta perspectiva, por entender que a causa da loucura é excesso ou desvio, um tipo de imoralidade, a cura passa pelo tratamento moral das afecções ou paixões morais. O tratamento moral é exercido sobre as idéias e o correspondente comportamento, visando “corrigir excessos passionais, desvios da norma ética do grupo social” (PESSOTTI, 1996, p.128), sendo que a instituição asilar se impõe como ambiente ideal de reordenação ou reeducação.

Os próprios princípios legados pela Revolução Francesa são os justificadores da exclusão dos segmentos da população identificados como não pertencentes ao estatuto de cidadãos. “A contradição entre a liberdade do indivíduo e a segurança da sociedade como um todo, como razão que deve excluir aqueles que possam ameaçá-la” (TUÑON; ABUDARA, 1988, p. 178), legitima a existência do manicômio. Pois “o princípio da Igualdade estava contemplado, tratando-se os desarranjados mentalmente de igual modo” (PITTA; DALLARI, 1992, p. 92).

Ou seja, o sujeito de direitos e de deveres tem condições de acesso aos recursos da sociedade em igual medida, mas este espaço não pode ser partilhado por aqueles que não estão enquadrados nas regras gerais, são exceção. Para tal, é necessária igual atitude frente a este segmento, que é a de realizar uma grande internação (FOUCAULT, 1989a), onde iguais sejam tratados da mesma forma. Os manicômios foram criados com o intuito de estabelecer uma ordem social, separando os capazes para o trabalho daqueles que não se enquadravam no processo de produção estabelecido. Esta concepção teve e ainda tem legitimidade social, sendo aceita como algo natural e inquestionável.

A concepção manicomial pode ser caracterizada como um fenômeno ideológico, uma vez que os manicômios criam um tipo de solução para enfrentar o impacto que o transtorno mental causa nos homens e na sociedade, e resolve o problema de mão de obra excedente, seja pelas exigências da industrialização, seja pelo desemprego massivo. Gramsci contribui no entendimento deste fenômeno quando afirma que por serem historicamente necessárias “[...] as ideologias têm uma validade psicológica: elas organizam as massas humanas, formam o terreno sobre o qual os homens se movimentam, adquirem consciência de sua posição, lutam, etc” (GRAMSCI, 1991, p. 62).

As instituições psiquiátricas têm esta característica de serem consideradas naturais e necessárias, mesmo em processos de críticas e avaliações que vem ocorrendo desde a segunda metade do século vinte. As primeiras críticas aos hospitais psiquiátricos surgem após a segunda guerra mundial, a partir da experiência de médicos e enfermeiros que foram prisioneiros dos campos de concentração nazistas. Inicia-se assim um questionamento crítico de participação destes profissionais em instituições psiquiátricas, que se baseiam em discriminações tão desumanas como as que haviam padecido (TUNÓN; ABUDARA, 1988).

Este, como outros movimentos, geram no mundo e, posteriormente no Brasil, a construção do ideário de defesa dos direitos e de cuidados aos portadores de transtorno mental mais dignos (VASCONCELOS, 1992; BARROS, 1994; DIAS, 1997b; AMARANTE, 1995a; COIMBRA, 2000), conhecido como a luta pela reforma psiquiátrica. Há processualidade e historicidade no campo dos direitos, pois são gerados “em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez nem de uma vez por todas” (BOBBIO, 1992, p. 5).

Assim tem sido a trajetória de constituição dos direitos na humanidade, como no século vinte, quando após vários acontecimentos e atrocidades cometidas entre os povos, pela primeira vez as nações assumem como norma de direito internacional, de caráter geral, a promoção e proteção dos direitos humanos, com a proclamação e adoção da Resolução nº. 217 da Assembléia Geral das Nações Unidas, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 10 de dezembro de 1948, com a premissa máxima de que *todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos*. A idéia contemporânea de direitos humanos surge como “reação à demonstração de irracionalidade e da capacidade do homem de se autodestruir” (VIEIRA, 2003, p. 30) revelada pelas atrocidades cometidas contra a humanidade no século vinte. Estes direitos consagrados não são absolutos, os Estados podem adotar leis que limitem o exercício dos mesmos. No Brasil, a luta pelos direitos humanos se materializa nos movimentos contra a ditadura militar, o que faz, posteriormente, o Estado brasileiro adotar um conjunto de mecanismos de indenização às vítimas da ditadura militar.

Com seu significado inovador, a norma dos direitos humanos surge e se desenvolve dentro do sistema jurídico e político do imediato pós-guerra e do bipolarismo ideológico e estratégico da guerra fria que influenciou o mundo durante mais de quarenta anos. Estes anos corresponderam ao apogeu do crescimento e desenvolvimento econômico e social nos países com capitalismo maduro, correspondendo ao período do Estado de Bem Estar. Contudo, este período encerrou-se na década de 1970, com as transformações societárias advindas da ocorrência de vários fenômenos interligados, distintos, mas interdependentes, como a reestruturação produtiva, os ajustes estruturais e a globalização econômica e cultural.

As conseqüências da era do desmoronamento (HOBSBAWM, 1995) foram drásticas, com maior relevo para os países não desenvolvidos, que sequer tinham usufruído as vantagens do keynesianismo, e de forma abrupta se vêem impelidos a encontrar respostas ao desemprego, bem com encontrar saídas para sua dependência do mercado financeiro globalizado, sobre o qual não tem controle. O enfrentamento das desigualdades sociais continua a ser um desafio nos países latino americanos, entre eles o Brasil¹⁰⁰, que por conta da retração no financiamento das políticas sociais, tem adotado ações pontuais de enfrentamento da indigência¹⁰¹.

Continuamos convivendo com a velha contradição da primeira Revolução Industrial: nunca a ciência, a técnica e os meios produtivos dispuseram de tantas e tão concretas possibilidades para dar um fim a velhos males, mas a triunfante lógica da produção para o mercado e para o lucro privado impede que se libere o uso social dessas possibilidades extraordinárias (TRINDADE, 2002, p. 209).

A produção das riquezas, expandidas com o avanço tecnológico e a globalização da economia não reduziram as desigualdades sociais no mundo. Pelo contrário, acirraram mais ainda as diferenças entre as suas regiões e no interior das nações, principalmente as latino-americanas. É neste cenário que a noção dos direitos têm sido cada vez mais valorizada, tanto pelos movimentos que os reivindicam como pelos organismos internacionais. Trindade (2002) destaca este paradoxo, expressando que “os arautos mais sofisticados do neoliberalismo

¹⁰⁰ No Brasil as desigualdades sociais são muito acentuadas, com o ganho mediano dos 10% mais ricos equivalendo a 30 vezes mais que o dos 40% mais pobres (MARSIGLIA, et al, 2007, p. 21).

¹⁰¹ Ver matéria jornalística assinada por Marcelo Billi, “Desde 2001, crescimento favorece pobres”, na Folha de São Paulo do dia 24/12/2006.

dedicam-lhes condescendência apropriada a romantismos fora de moda. É como se tivessem concluído que se tornou mais eficiente 'acatá-los' para melhor desacatá-los" (p. 21).

O reordenamento do capitalismo na sua fase de produção flexível e na contingente reestruturação do Estado nos países em desenvolvimento, como o Brasil, torna ainda mais distante o horizonte de uma nova ordem social, considerando-se que "os direitos humanos integram direitos e valores universais, nenhuma pessoa pode ser excluída desse respeito, e toda exclusão social é negação do humano" (DALLARI, 2000, p.24). O horizonte é o do respeito aos direitos dos homens e mulheres, com universalização do acesso a bens e serviços, tendo a liberdade como valor central nos seus corolários de autonomia e emancipação dos indivíduos sociais.

Os organismos internacionais a partir dos anos 1990 orientam as políticas econômicas e sociais dos países da América Latina quanto às formas de ajustes econômicos e estratégias para o reordenamento dos Estados (NOGUEIRA, V, 2004). As orientações destes organismos alcançam também o campo da saúde mental oriundas mais especificamente da Organização Mundial da Saúde (OMS) e sua agência para a América Latina e Caribe, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), além das Nações Unidas (DIAS, 2004b).

Atribui-se as orientações destas agências sobre os direitos dos portadores de transtorno mental ao fenômeno da multiplicação dos direitos elaborado por Bobbio, ao constatar que o homem não é mais considerado como "homem em abstrato, mas [...] tomado na diversidade de seus diversos status sociais, com base em diferentes critérios de diferenciação" (1992, p. 68-69). Estas organizações, representantes de um conjunto de nações, hegemonicamente os países centrais com maior capacidade política, decorrente da sua maior capacidade econômica, ao assumirem a noção de igualdade de direitos rompem com o conceito até então hegemônico de que as pessoas portadoras de um determinado transtorno mental são destituídas de razão, logo, estão à margem do convívio e das relações na sociedade. As profundas transformações societárias ocorridas nas últimas décadas, com "[...] a atomização e a pulverização imediatas da vida social, as novas 'sensibilidades' produzidas pelas tecnologias [...]" (NETTO, 1996, p. 98) têm alterado o sentido da vida humana e

social, rompendo com posições até então consideradas como verdades cristalizadas.

É nesta conjuntura que passa a haver uma sintonia entre os postulados do movimento pela reforma psiquiátrica com os ordenamentos instituídos mundialmente pelas agências multilaterais. Mas esta conjuntura histórica não supera o antigo problema do preconceito, segregação e desassistência, pois “[...] uma coisa é falar dos direitos do homem [...] outra coisa é garantir-lhes uma proteção efetiva” (BOBBIO, 1992, 63), o que se transforma em desafio constante para as forças sociais que lutam por justiça social e emancipação humana.

Algumas iniciativas dos organismos internacionais têm relevância por serem um guia orientador para a formulação de políticas públicas e criação de mecanismos de proteção dos direitos. Estas, como as inserções dos segmentos que lutam por direitos dos portadores de transtorno mental estão sistematizados no Quadro 13.

ANO	ACONTECIMENTOS
1990	Declaração de Caracas – OPAS.
1991	ONU - Resolução nº. 119. Declaração sobre A Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, bem como os vinte e cinco Princípios em Saúde Mental: são a referência mais completa e detalhada de proteção às pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como são um guia importante para os Estados ordenarem suas legislações e seus sistemas de atenção em saúde mental.
	I Encontro Nacional dos Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, realizado em São Paulo.
	II Encontro Nacional dos Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, realizado no Rio de Janeiro.
1992	2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasília, 01 a 04 de dezembro.
1993	I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, Salvador, Bahia.
	ONU - Normas Uniformes sobre Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Inabilidades, com o objetivo de assegurar os mesmos direitos de qualquer pessoa ao acesso a espaços sociais, culturais e de trabalho aos portadores de transtornos mentais.
	Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental - Produzida pelos participantes do III Encontro Nacional dos Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, realizado em Santos/SP, em Dezembro.
1995	II Encontro Nacional da luta Antimanicomial, Belo Horizonte, Minas Gerais.
1996	IV Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento da Luta Antimanicomial, abril, em Franco da Rocha, SP.
1997	OPAS - Resolução CD40/15, orientando os Estados Membros a que formulem e desenvolvam programas nacionais de saúde mental como um componente integral dos planos nacionais de saúde; intensifiquem as ações para a reorientação dos serviços de saúde mental com vistas a modificar seu enfoque: da institucionalização passe a ser comunitário; que se esforcem em melhorar a legislação que proteja os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais.
	III Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
1999	V Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento da Luta Antimanicomial, 11 a 13 dezembro, em Betim, MG
1999	IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Paripueira , Alagoas.
2000	VI Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento da Luta Antimanicomial, 16 a 19 novembro, em Goiânia, Goiás.
2001	Lei nº. 10.216, de 06 de abril, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Continua

Continuação

2001	OEA - Organização dos Estados Americanos - Comissão Interamericana de Direitos Humanos, em Santiago do Chile. Documento Recomendación sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental. Propõe medidas no âmbito legislativo, de gestão e de assistência nestes patamares, como responsabilidades dos governos e dos agentes sociais das sociedades dos Países Membros.
	3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasília, 11 a 15 de dezembro.
2002	V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, Rio de Janeiro.
	Portaria Ministério da Saúde nº. 2.391 – Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias e voluntárias.
2003	VII Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento da Luta Antimanicomial, 18 a 21 de setembro, RJ.
2004	Rede Nacional Internúcleos da luta Antimanicomial.
2005	VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, São Paulo.
2006	Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, Portaria Interministerial 3.347.

Quadro 13 - Acontecimentos indicativos dos Direitos em Saúde Mental

Fonte: Portarias do Ministério da Saúde; relatórios das organizações ver nas referências bibliográficas.

Destaca-se a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina (OPAS,1990) que passou a ser identificada como a Declaração de Caracas, resultado de avaliações que OPAS realizou sobre a situação da atenção em saúde mental na região, e constatou freqüentes desrespeitos aos direitos dos portadores de transtorno mental, bem como com a avaliação de que a assistência deveria ser de base comunitária e não mais centrada no modelo hospitalocêntrico.

La Declaración de Caracas es un instrumento de gran valor en lo que se refiere a la promoción de servicios comunitarios y aboga por una atención psiquiátrica participativa, integral, continua y preventiva donde el hospital psiquiátrico no constituya la única modalidad asistencial porque [...] crea condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo (JIMÉNEZ; VÁSQUEZ, 2001, p.266).

A Declaração de Caracas passou a ser um importante parâmetro na elaboração de políticas na área de saúde mental que contemplam a atenção de base municipal e ambulatorial, na avaliação de que o modelo centrado no hospital

psiquiátrico não produz condições para o desenvolvimento de saúde mental para as populações. Outra declaração importante é a da Organização das Nações Unidas¹⁰² (ONU), que em 1991 adotou os Princípios para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, explicitando no Princípio das Liberdades Fundamentais e Direitos Básicos, que “toda pessoa com uma enfermidade mental terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais” (ONU, 1991, p. 31).

A efetivação destes direitos continua sendo um horizonte a ser alcançado, e para tanto, a via privilegiada é a de mobilização social e ação política, considerando que mudanças de concepção requerem debate e articulação para alçarem o patamar de legitimidade. O próprio segmento envolvido alcançou o patamar de ser protagonista desta luta, com a existência de várias instâncias de participação e reivindicação por inclusão social, bem como elaboraram uma Carta sobre os Direitos dos Usuários e Familiares nos Serviços de Saúde Mental, em 1993, que tem sido a referência na luta por condições dignas e com qualidade na atenção.

A potência na luta por direitos “somente se explicita quando se politiza, até mesmo porque só tem como ser travada em meio a conflitos sociais, jogos institucionais e postulações de autoridade ou de poder” (NOGUEIRA, M, 2004, p. 62). A elaboração e a aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica¹⁰³ no Rio Grande do Sul foi um destes momentos que marcou a saúde mental no estado na luta pela cidadania dos portadores de transtorno mental.

Uma mudança conceitual, significativa, foi contemplada nas Disposições da Lei de Reforma Psiquiátrica gaúcha, referente à denominação de pessoa com sofrimento psíquico em substituição ao termo prevalente de doente mental. Muito além de uma questão meramente semântica, esta denominação significa dizer que a pessoa que sofre com um adoecimento não se reduz em sua condição de sujeito à patologia de que é portadora. A expressão *sofrimento psíquico* anuncia uma

¹⁰² Ver outras Resoluções dos organismos internacionais sobre saúde mental em Dias (2004b) e no Quadro 13, p. 117.

¹⁰³ Lei da Reforma Psiquiátrica nº. 9.716, de 1992, “dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências” (RIO GRANDE DO SUL, 1992b).

mudança conceitual da consideração da cidadania do sujeito com diagnóstico de doença mental, expresso também nos Marcos Conceituais da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992¹⁰⁴: “é necessário construir mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência, e não apenas a partir de seu diagnóstico” (BRASIL, 1994).

Esta concepção é fundamental, norteadora dos novos parâmetros de relação da pessoa consigo mesma e com a sociedade, pois já existe certo consenso de que a existência de um diagnóstico de doença mental ou a internação em estabelecimento psiquiátrico não deve implicar na perda da capacidade civil (PITTA; DALLARI, 1992). Portanto, a lei gaúcha contempla a condição de cidadão e sujeito de direitos do portador de sofrimento psíquico.

Artigo 1º - Com fundamento em transtornos em saúde mental ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos, internações de qualquer natureza em outras formas de privação de liberdade sem o devido processo legal nos termos do artigo 5º, Inciso LIV, da Constituição Federal (RIO GRANDE DO SUL, 1992b).

No âmbito federal, somente em 2001 foi sancionada a Lei nº.10.216¹⁰⁵, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Esta lei, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica foi debatida no Congresso Nacional por doze anos, e é o resultado possível e negociado do Projeto de Lei Paulo Delgado que o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial formulou e articulou como proposta de reversão do modelo manicomial em 1989. Houve uma disputa acirrada entre as forças que apóiam e as contrárias à extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, e a regulamentação da internação psíquica compulsória.

A aprovação da lei no congresso e sua sanção pelo presidente da República foi o desdobramento de uma tensão entre as diferentes forças sociais implicadas no processo: o movimento da luta antimanicomial e demais forças sociais que defendem o mesmo projeto, os proprietários dos hospitais psiquiátricos e os segmentos que lutam pela manutenção da ordem estabelecida de que *lugar de*

¹⁰⁴ Ver Quadro 11, p. 91.

¹⁰⁵ Ver Quadro 12, p. 95.

louco é no hospício. O governo que, ao longo de várias gestões¹⁰⁶, adotou um conjunto de medidas na direção da reforma psiquiátrica, resistia em assumir esta posição frente à sociedade.

O acontecimento que desencadeou a tomada de decisão para a aprovação da Lei foi o fato da OMS-OPAS ter escolhido como tema do Dia Mundial da Saúde (07 de abril) do ano de 2001 com o lema *Saúde Mental: Cuidar Sim, Excluir Não*, no propósito de difundir e conclamar todos a alterar a situação de que “a saúde mental ainda não recebe a atenção e os recursos que lhe são devidos” (OPAS, 2001). Esta iniciativa teve o mérito de assinalar a atenção para a saúde mental novamente na agenda dos países, o que repercutiu positivamente no Brasil. Além de a Lei ter sido sancionada na véspera do Dia Mundial da Saúde, após nove anos o Ministério da Saúde marcou e realizou a III Conferência Nacional de Saúde Mental¹⁰⁷ em dezembro do mesmo ano.

Apesar do atraso na criação de legislação sobre direitos dos portadores de transtorno mental, o Brasil teve um avanço significativo neste campo, principalmente pelas iniciativas de seus Estados¹⁰⁸ e do movimento social da Luta Antimanicomial, que com a parceria de vários segmentos sociais, construiu um outro patamar de reconhecimento da cidadania deste grupo social e criou uma significativa rede de atenção. Quando os sujeitos se instalam como seres políticos, pode-se visualizar a possibilidade de efetiva mudança. A política é uma proposta sobre a distribuição do poder; é a capacidade de fazer proposições de ações com um fim determinado; deste modo, o único lugar possível do homem é de se constituir como ser político (TESTA, 1992). Por este cenário brasileiro, a OMS (2001) lança o *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental* por ocasião da III Conferência Nacional de Saúde Mental do Brasil, em 2001, num reconhecimento dos esforços realizados no país, apesar de todas as tensões e dificuldades estruturais na efetivação de políticas públicas na saúde e especificamente na saúde mental.

¹⁰⁶ Ver Quadro 11, p. 91.

¹⁰⁷ Ver Quadro 12, p. 95.

¹⁰⁸ Vários Estados brasileiros também aprovaram Leis de Reforma Psiquiatria: Rio Grande do Sul (1992), que foi o pioneiro, Espírito Santo (1992), Pernambuco (1992), Ceará (1993), Distrito Federal (1995), Minas Gerais (1995) Paraná (1995) e Rio Grande do Norte (1995) (BASIL, 2001).

As normas internacionais e nacionais sobre os direitos do portador de transtorno mental estão alicerçadas na afirmação universal dos direitos humanos para todos os povos e no reconhecimento de que há violação quando existe discriminação e desrespeito aos sujeitos que padecem de transtorno mental. A OPAS formou um grupo de trabalho, em 1998, para a realização de um diagnóstico sobre o estado dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental nos países da América Central e concluiu que os direitos são mais violados em hospitais psiquiátricos, destacando-se o desrespeito à liberdade, ao livre trânsito, à integridade física, privacidade e à internação voluntária (OPAS, 1998).

No Brasil, é permanente esta histórica violação de direitos; serão destacadas algumas delas, por serem uma grave transgressão ética ao princípio de que os portadores de transtorno mental são sujeitos de direitos. Este enunciado ético é absoluto, pois “um enunciado ético não pode ser relativista [...] fazer uma afirmação ética é dispensar, automaticamente, o peso das evidências empíricas como garantia de legitimação última do que é dito” (COSTA, 1996, p. 28). A afirmação de que os portadores de transtorno mental são sujeitos de direitos é independente da confirmação e de determinadas circunstâncias e julgamentos, pois é um valor construído social e historicamente.

Entre as formas de violação dos direitos está o taxa de mortalidade maior entre os internados em hospitais psiquiátricos comparando com a população em geral, conforme estudo realizado em 2001 no HPSP, quando ficou evidenciado que a expectativa de tempo de vida é menor entre os moradores do hospital (57,2 anos) em relação à população geral do Estado (71,5 anos) (DIAS et al, 2001, p. 42). Outra situação de desrespeito ao direito da integridade física dos portadores de transtorno mental no Rio Grande do Sul foi a existência, num hospital psiquiátrico privado e conveniado com o SUS, de quinze (15) celas fortes para contenção de internos constatado pelo GAPH¹⁰⁹ em 1995, agravado pelo fato deste estabelecimento ter recebido nos anos seguintes o Prêmio Qualidade do Rio Grande do Sul, pelo

¹⁰⁹ GAPH – Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar/RS, que realizou suas atividades no período de 1993 a 2000. Somente no ano de 2000 as celas fortes deste hospital foram interditadas e, posteriormente, em função do reordenamento da saúde neste município da região sul do estado e pelas contínuas pressões pela forma como este hospital “tratava” os portadores de sofrimento psíquico, seus proprietários resolveram fechá-lo no ano de 2003.

“reconhecimento do trabalho de Qualidade Total que vem sendo desenvolvido pela empresa” (DIAS, 2004a, p. 75).

Por uma violação a este mesmo princípio, o Brasil foi condenado na Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA) pela morte do usuário Damião Ximenes Lopes¹¹⁰ numa clínica psiquiátrica conveniada com o SUS, com base na Convenção Americana sobre Direitos Humanos, nos artigos que tratam da garantia à integridade física, à vida e de garantias e proteção judicial dos seus cidadãos (OLIVEIRA, E. 2006). Este acontecimento contribuiu para a iniciativa do Ministério da Saúde de formar o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental¹¹¹, com uma tarefa de “contribuir para o aperfeiçoamento e a ampliação dos mecanismos de promoção e proteção dos direitos, combatendo o estigma, a intolerância, a discriminação, a exclusão social e os maus tratos às pessoas com transtornos mentais” (BRASIL, 2006c, p. 02). O governo brasileiro pretende com esta medida reduzir o quadro de violações ainda presentes no país.

De modo geral, a internação psiquiátrica tem sido um dos aspectos mais discutidos no campo da saúde mental, pela situação de ser produtora de várias formas de desrespeito aos direitos (MEDEIROS; GUIMARÃES, 2002; DALMOLIN, 2006). A Câmara dos Deputados, através da Comissão de Direitos Humanos, a OAB, o Conselho Federal de Psicologia, Centro de Justiça Global e os diversos núcleos que lutam pela reforma psiquiátrica, têm acompanhado e denunciado sistematicamente as práticas de violação de direitos¹¹². Um aspecto da internação psiquiátrica é a dimensão da internação compulsória e involuntária, um dos sérios problemas, não só no campo dos direitos, entendido como o conjunto de “normas que declaram, reconhecem, definem, atribuem direitos ao homem” (BOBBIO, 1992, 77), como na subjetividade daqueles que têm esta experiência no percurso da vida. A internação compulsória não tem sido adotada exclusivamente para aquelas

¹¹⁰ Damião Lopes tinha 30 anos quando foi internado na Casa de Repouso Guararapes em 1999, instituição privada contratada pelo SUS, em Sobral, Ceará, sendo encontrado no terceiro dia com marcas de agressões violentas, o que o levou ao óbito. Processos contra os funcionários e o médico da clínica ainda não foram julgados no Brasil. A família procurou uma ONG que luta por justiça e contou com o apoio do movimento da luta antimanicomial local e nacional.

¹¹¹ Ver Quadro 13, p. 117.

¹¹² Ver Brasil (2000); Centro de Justiça Global (2004); Conselho Federal de Psicologia (2004).

pessoas seriamente comprometidas pela gravidade de seu transtorno. Mesmo em relação a estes,

O dilema entre o dever de cuidar e os direitos individuais de cada ser humano, a sociedade – via provedores dos cuidados social e de saúde – tem a obrigação moral e social de providenciar sustento e tratamento para aqueles com sérios transtornos mentais. Todavia, isso significa o direito de suspender todos os direitos e responsabilidades civis dos doentes mentais, permitindo inclusive detenção forçada e tratamento involuntário? (VASCONCELOS, 2003, p. 184).

Esta é uma indagação de natureza ética, que revela a ainda necessária discussão e, principalmente, mudança de mentalidade em vários segmentos sociais, principalmente entre os profissionais da saúde (BRITTO, 2004; AMARANTE et al, 2005). A internação compulsória foi abordada tanto na legislação estadual (artigos 10º e 11º) como na federal (artigos 6º ao 9º), normatizando regras e responsabilidades dos estabelecimentos e profissionais, bem como a intermediação do Ministério Público na tarefa de fiscalizá-las. A Portaria nº. 2.391, de 2002¹¹³ do Ministério da Saúde regulamenta esta matéria, criando os mecanismos de controle necessários e definindo a participação dos gestores estaduais no acompanhamento desta medida.

A raiz da internação involuntária e compulsória está no fundamento da cidadania, que é o de estabelecer o direito do usuário formar opinião sobre seu transtorno e poder escolher sobre seu ingresso voluntário numa instituição hospitalar psiquiátrica. Caracteriza também o direito à informação sobre suas condições de saúde, o que deve ser garantido pelo profissional de saúde envolvido, mais do que o uso da autoridade de determinar a internação. “A aplicação do princípio da autonomia na relação cuidador-cuidado [...] trouxe ao cenário da atenção à saúde uma nova ética: agora o usuário pode decidir sobre o que é melhor para si” (QUINTO NETO, 1992, p. 9).

¹¹³ Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias e voluntárias de acordo com o disposto na Lei 10.216, e os procedimentos de notificação ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. No seu artigo 10 fica estabelecido que o gestor estadual do SUS constitua uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, com a participação de integrante designado pelo Ministério Público Estadual, que fará o acompanhamento dessas internações, no prazo de setenta e duas horas após o recebimento da comunicação pertinente. (Ver Quadro 13, p. 117).

Por fim, e provavelmente a questão mais aguda revela uma violação importante dos direitos dos portadores de transtorno mental, é o relativo à interdição como instrumento de acesso a benefícios sociais. A interdição civil é um recurso jurídico que corresponde ao reconhecimento legal de que alguém é considerado incapaz para a prática da vida civil (INSTITUTO FRANCO BASAGLIA, 2004).

Através deste instrumento jurídico, o Estado tem a prerrogativa legal de negar os direitos fundamentais de sujeitos pela sua condição de portador de uma doença muito particular, que afeta e prejudica a capacidade de discernimento e de autocuidado, sob a justificativa de que, desta forma, está se realizando a proteção dos incapacitados. Nestes casos, o mesmo será representado por um curador, que por determinação jurídica, assume o compromisso de representação com responsabilidade pública. “É através da nomeação do curador que o Estado dispensa sua proteção às pessoas (maiores), cuja incapacidade para exercer os atos da vida civil foi processualmente comprovada” (MEDEIROS, 2005, p. 89).

A questão do estatuto da interdição tem seu fundamento no pressuposto da racionalidade como critério definitivo sobre a autonomia e discernimento dos indivíduos, instaurado com o Iluminismo. No Brasil, este instrumento jurídico está regulamentado no Código Civil, e no campo da saúde mental, o Decreto Lei nº. 24.559, de 1934¹¹⁴ que dispõe sobre a Assistência e Proteção à Pessoa e aos Bens dos Psicopatas, é claro o artigo 26 ao expressar: “os psicopatas, assim declarados por perícia média processada de forma regular, são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil” (DELGADO, 1992, p. 269). Esta afirmação evidencia a prerrogativa legal de destituir os direitos civis de determinados grupos de pessoas de forma absoluta, não considerando singularidades e graus variados de possibilidades.

Esta premissa foi problematizada no campo jurídico e no da defesa dos direitos (BRASIL, 2002b), provocando uma mudança, ainda que tênue, mas importante no sentido de não mais generalizar a todos os portadores de transtorno mental a condição de interdito. O novo Código Civil, Lei nº 010.406, de 10 de janeiro de 2002, que passou a vigorar a partir de janeiro de 2003, no artigo 1.767 define os

¹¹⁴ Ver Quadro 2, p. 29.

que estão sujeitos à curatela, entre eles: “I – aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil” (MEDEIROS, 2005, p. 111). Contemporaneamente então, inicia-se uma tomada de posição que poderá beneficiar a muitos portadores de transtorno mental que estão sob o signo da interdição.

O paciente não é mais tido como absolutamente incompetente destituído de vontade e incapaz por si, devendo sempre submeter-se a tratamento. O doente tem competência admitida: não é mais incompetente, *a priori*, por ser doente mental. Seus sintomas são vistos na sua totalidade, em toda a sua personalidade, podendo haver dano parcial dessa, mas sem comprometer seu convívio social (COHEN; MARCOLINO, 1996, p. 20).

Contudo, como anunciado anteriormente, para além desta necessária discussão, há uma outra dimensão a ser enfrentada, relativa à interdição solicitada pela estrutura da Previdência Social para aqueles usuários com possibilidade de acesso ao Benefício de Prestação Continuada¹¹⁵. Este recurso está,

[...] cada vez mais banalizado, especialmente em função das exigências do sistema previdenciário. É urgente o estabelecimento de uma norma administrativa que distinga com clareza e eficácia administrativa a incapacidade laborativa da incapacidade civil. Hoje, o paciente mental que pleiteia o benefício por incapacidade para o trabalho é quase invariavelmente obrigado a submeter-se à interdição de seus direitos civis (DELGADO, 2001, p. 286).

A Previdência Social seguia a orientação legal indicada pelo Decreto nº. 3.048, de 06/05/1999, no artigo 162, os parágrafos¹¹⁶ 1º: “é obrigatória a apresentação do termo de curatela, ainda que provisória, para concessão de aposentadoria por invalidez decorrente de doença mental”. O parágrafo 2º estabelecia que: “verificada, administrativamente, a recuperação da capacidade para o trabalho do curatelado de que trata o parágrafo 1º, a aposentadoria será encerrada”. Este Decreto foi substituído pelo de nº. 5.699, de 13/02/2006, que acresce e altera dispositivos do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999.

¹¹⁵ O Benefício de Prestação Continuada previsto na Lei Orgânica da Assistência Social é provido pelo Governo Federal, consistindo no repasse de 1 (um) salário mínimo mensal ao idoso (com 65 anos ou mais) e à pessoa com deficiência que comprove não ter meios para suprir sua subsistência ou de tê-la suprida por sua família.

¹¹⁶ Incluídos pelo Decreto nº. 4.729, 2003.

A Previdência Social, através de documento interno¹¹⁷ fez um conjunto de orientações às Agências de Previdência Social, como as que seguem: interrupção da solicitação do Termo de Curatela para os casos de aposentadoria por invalidez decorrente de enfermidade mental, inclusive aos benefícios de que dispõe a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), para os quais tem havido a exigência indevida desse documento, por parte dos servidores da APS; e nos casos da família expressar incapacidade do usuário para o recebimento do benefício, a conduta é solicitar uma procuração, visto que “o fato de ser acometido de enfermidade mental não significa a impossibilidade de consciência e expressão válida de vontade em todos os momentos” e também, “a interdição, seja total ou parcial, nunca deve ser exigência do INSS”. As demais orientações seguem esta direção, indicando os dispositivos jurídicos que as fundamentam.

Constata-se nas orientações da Previdência Social uma auto-crítica sobre a extrapolação de funções que vinha cometendo, ao exigir interdição civil para a concessão de benefícios já devidamente regulamentados. Uma explicação possível para esta atitude recai no aspecto econômico, pois existe uma lógica nas relações entre quem tem o dever e quem tem o direito, de fazer uma série de exigências para protelar a concessão, e, portanto, no caso específico, protelar uma despesa pública.

Medeiros (2005) realizou um estudo sobre a situação da interdição civil na promotoria de Justiça de Família e Sucessões de Porto Alegre, no período dos anos 2000 a 2002. Os dados encontrados foram os seguintes: em 55,2% o motivo tinha sido a presença de transtornos mentais e comportamentais; 98,4% com interdição total; 40,5% dos interditos residem em hospital psiquiátrico e manicômio judiciário, e 16,2% em serviços residenciais terapêuticos; o tipo de renda está distribuído da seguinte forma - 86,5% provenientes do sistema de seguridade social: aposentadorias (37,1%), pensão previdenciária (31,2%) e benefício de prestação continuada (18,1%), e 45% dos sujeitos interditados com renda até dois salários mínimos¹¹⁸. Esta é uma descrição de um “sujeito sem capacidade de exercício, sem poder de voz e de vontade; sujeito sem autonomia; sujeito que passa a ser

¹¹⁷ Instituto Nacional do Seguro Social - Memorando-circular nº 09 23/02/2006, expedido pela Diretoria de Benefícios até a publicação da nova instrução normativa que irá disciplinar os assuntos relacionados ao novo decreto.

¹¹⁸ A faixa de renda é de até um salário mínimo – 30%; e de 01 a 02 salários mínimos – 15% (MEDEIROS, 2005).

considerado como um *cidadão incompleto*” (MEDEIROS, 2005, p. 196), confirmando o padrão excludente e desigual persistente na sociedade brasileira.

A conclusão é direta: existe de fato uma fratura na cidadania, pois para se garantir o acesso a um direito social é preciso abrir mão de direitos civis e políticos. Portanto, pensar direitos aos portadores de transtorno mental envolve uma multiplicidade de dimensões, cujo pólo central é o relativo à noção da autonomia possível e requerida, de modo a reduzir os impactos das violações legais, institucionais e culturais a que estes estão submetidos. Esta é o tipo de autonomia que se pode almejar nos tempos atuais, mas tendo como horizonte o sentido potente da emancipação humana quando do “controle efetivo total, pelos produtores associados, das condições de sua própria vida – e, em primeiro lugar, das condições materiais da produção -, para que consigam realizar os objetivos estabelecidos por eles próprios” (MÉSZÁROS, 2004, p. 122).

A autonomia como sinônimo de liberdade na vida, “[...] não é um processo natural, resultado harmonioso e equilibrado das relações sociais e do desenvolvimento econômico” (CATTANI, 1996, p. 149). Pelo contrário, é condicionada pelas determinações econômicas, sociais e culturais de cada momento histórico. O movimento histórico dialético configura a história como processo, permeada de contradições que, com as condições materiais necessárias, os homens podem ir superando estágios anteriores e anunciando novos, os quais por sua vez, também trazem em si contradições e diferenças, pois os homens são protagonistas desta história; modificam-na e por ela são modificados. Os direitos estão nesta perspectiva, em construção histórica, conforme as necessidades e capacidades humanas de anunciar sua emancipação.

Para além da ordem legal e institucional garantidora da cidadania e democracia [...] direitos dizem respeito ao modo como as relações sociais se estruturam. [...] os direitos estabelecem uma forma de sociabilidade regida pelo reconhecimento do outro como sujeito de interesses válidos, valores pertinentes e demandas legítimas (TELLES, 1999, p. 138).

Finalizando, concluiu-se que o manicômio foi uma instituição necessária na fase do capitalismo industrial, que produziu a segregação e a tutela dos portadores de transtorno mental, e que em tempos de neoliberalismo e globalização é possível ser aceita no campo teórico a noção de direitos a este segmento, ainda que

concretamente não realizáveis. Este consenso já existe a respeito do fracasso do modelo manicomial, e esta condição foi possível na atual configuração da sociedade com características pós-industrial, pois a sociedade não precisa mais exercer o controle dos indivíduos através desta instituição total, uma vez que os segmentos desprotegidos pela nova lógica do capitalismo, formado, entre outros, pelos “doentes estigmatizados” estão situados “nas bordas da *sociedade oficial*, eles se vêem e são vistos como uma *não-sociedade* ou uma *contra-sociedade* e assim interatuam com a ordem” (NETTO, 1996, p. 96).

Esta nova realidade possibilitou avanços no sentido de salvaguardar direitos dos que padecem de transtorno mental, ainda que de forma restrita, bem como a capacidade de agentes sociais formularem e executarem políticas públicas de superação do modelo hospitalocêntrico. Contudo, estes só ocorreram quando da adoção dos ajustes estruturais e reforma administrativa do Estado no Brasil, revelando outra contradição: “desde o fim da Guerra Fria, o que permanece no mundo com incidência planetária são apenas o mercado e o discurso dos direitos humanos: [...] o mercado porque excludente, os direitos humanos porque incompletos” (ALVES, 2000, p. 202).

Entre as conseqüências da reestruturação produtiva e da globalização da economia nas últimas duas décadas do século XX até os dias atuais, está a da não realização dos direitos, pois “no plano real seu gozo está condicionado àqueles que podem aproveitar as oportunidades de desenvolvimento completo de suas capacidades humanas [...]” (BUSSINGUER, 1997, p. 35), e estes não são os segmentos majoritários da sociedade brasileira, que lutam no cotidiano para ter condições mínimas de dignidade na vida.

Assim, as condições postas expressam novas configurações da questão social e continuam sendo o desafio permanente dos indivíduos sociais, os mesmos desde o advento do capitalismo e do liberalismo no mundo moderno. Em 1846 foi escrito que,

Nos pergaminhos, podemos facilmente proclamar constituições, o direito de todo o cidadão à educação, ao trabalho e, sobretudo, a um mínimo de meios de subsistência. Mas, com isso, não se fez tudo; ao se escreverem esses desejos generosos sobre o papel, persiste a verdadeira tarefa de fazer frutificar essas idéias liberais por meio de instituições

materiais e inteligentes, por meio de instituições sociais (MARX, 2006, p. 50).

Ou seja, as aspirações dos homens e mulheres por emancipação são históricas e em permanente *devoir*. As sociedades já avançaram na criação do estatuto dos direitos para *todos* os sujeitos, superando a racionalidade como critério de diferenciação. O desafio é a efetivação através de ações concretas e efetivas, para a superação deste hiato nas desigualdades sociais e na realização da cidadania. “A superação significa constante integração nas novas aquisições, compreensão dos novos fatos à luz do saber conquistado [...]” (LEFÈBVRE, 1988, p. 109), ou seja, para as permanentes análises da nossa sociedade, se faz necessário o constante deciframento da realidade e dos fenômenos que lhe dão dinamicidade.

3.3 O ESTADO DA ARTE DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E NO RIO GRANDE DO SUL

Uma sistematização do panorama da situação atual da política pública de saúde mental no Brasil é necessária para se analisar qualitativamente o seu cenário na perspectiva da reforma psiquiátrica. Inicialmente, é importante uma definição sobre o que se está entendendo como reforma psiquiátrica, pois esta expressão pode ter vários significados. Um deles compreende-a como uma mera reorganização dos serviços e modernização da instituição psiquiátrica (MACHADO, 2005), seguindo as orientações dos organismos internacionais e na ótica da humanização da atenção. Ou seja, se as instituições psiquiátricas perderem o caráter asilar e adotarem relações mais respeitadas com os seus assistidos, a reforma psiquiátrica está concretizada.

Outra perspectiva é de se constituir como um “conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais” (DELGADO, 2007, p. 39), compreensão que tem sua construção desde a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e por todos os debates produzidos nas várias instâncias e encontros da luta antimanicomial¹¹⁹. No I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial (1993) foram discutidos os esforços para a superação de qualquer forma de segregação, como condição para a efetivação dos direitos de todos os cidadãos.

¹¹⁹ Ver Quadros 10 (p. 79) e 13 (p. 117).

A nossa sociedade não consegue conviver com as diferenças e a forma que encontra de lidar é de excluí-los. Condição a partir da qual, esta sociedade se descompromete com o que é parte dela. É preciso mudar o padrão cultural, o que não significa negar as diferenças, mas respeitá-las e garantir a heterogeneidade e a cidadania na sociedade. Precisa ficar claro que não é a proteção dos excluídos que propomos, mas sim relações de troca que respeitem as diferenças, possibilitando a transformação legítima das relações (ENCONTRO, 1993, p. 15).

A possibilidade de se considerar as diferentes formas de expressão e inserção dos sujeitos no mundo equivale a respeitar as diferenças nas possibilidades e nas limitações de cada um, na perspectiva de que as relações devam ser produzidas de forma democrática e com respeito à dignidade humana.

O verdadeiro desafio da reforma psiquiátrica não é a ingênua (e politicamente perigosa) utopia de um mundo de homens 'mentalmente saudáveis'. Sempre haverá aqueles para quem a vida é mais difícil, o sofrimento mais penoso, e a necessidade de ajuda mais constante. O alvo da reforma é curar instituições, práticas e conceitos que nos permitam lidar com essas pessoas sem descrevê-las negativamente; que possibilitem o exercício da solidariedade sem o recurso à piedade (BEZERRA JÚNIOR, 1994, p. 187).

Assim, a reforma psiquiátrica tem contida em si esta perspectiva de incidir sobre as instituições, entendidas como representações simbólicas e organizadoras da relação entre indivíduo e sociedade. Por fim, a partir do desvelamento de diversas dimensões e significados, entende-se reforma psiquiátrica como um processo de reversão do modo manicomial e hospitalocêntrico de enfrentar o fenômeno do transtorno mental e do sofrimento psíquico¹²⁰, com a centralidade da cidadania dos sujeitos, estes inseridos numa histórica e determinada sociedade. Para tanto, algumas categorias lhes são intrínsecas: desinstitucionalização, intersectorialidade, interdisciplinaridade e a integralidade da atenção.

O momento atual da saúde mental indica que a reforma psiquiátrica está em processo, com imensos desafios a serem superados, mas ao mesmo tempo, já está materializada e legitimada no país e no estado do Rio Grande do Sul, como se demonstrará. Inicialmente, se desenvolverá o contexto nacional e posteriormente o

¹²⁰ "Conjunto de mal-estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados oriundos do antagonismo subjetividade e objetividade. Caracteriza-se por dificuldade de operar planos e definir sentido de vida, aliada ao sentido de impotência e vazio, o eu experimentado como coisa alheia" (SAMPAIO, 1999).

estadual. Para tanto, se utilizará dos quadros sínteses dos acontecimentos mais relevantes, como o Quadro 14, da saúde mental no país a partir dos anos 1990.

ANO	ACONTECIMENTOS
1991	Portaria Ministério da Saúde nº.189 – Cria procedimentos na Tabela SUS para pagamento de ações de: leito psiquiátrico em hospital geral e hospital-dia, em centros de atenção psicossocial, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.
1992	Portaria Ministério da Saúde nº. 407 – Regulamenta exigências mínimas para o funcionamento de hospitais psiquiátricos.
	Portaria Ministério da Saúde nº. 224 – Regulamenta o funcionamento de um conjunto de serviços de saúde mental. Esta Portaria teve a particularidade de ter sido aprovada previamente pelos coordenadores estaduais de saúde mental.
2000	Portaria Ministério da Saúde nº. 106 - Serviços Residenciais Terapêuticos.
	Portaria Ministério da Saúde nº. 799 - Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.
	Portaria Ministério da Saúde nº. 1.220 – Regulamenta o cadastro e financiamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos.
2001	Portaria Ministério da Saúde nº. 44 - Regulamentação de Hospital Dia.
	Portaria Ministério da Saúde nº. 298 - Concessão de passe livre para pessoas portadoras de deficiência.
	Portaria Ministério da Saúde nº. 175 – Regulamentação sobre a supervisão técnica dos Serviços Residenciais Terapêuticos.
2002	Portaria nº.101 - ANVISA - Regulamentação do funcionamento de serviços psicossociais para atendimento de usuários de álcool e outras drogas.
	Portaria Ministério da Saúde nº. 77 – Redefine o financiamento e cobrança em hospitais psiquiátricos.
	Portaria Ministério da Saúde nº. 251 - Diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria e reclassifica os hospitais psiquiátricos na rede SUS.
	Portaria Ministério da Saúde nº. 336 - Normas e diretrizes para a organização de serviços em saúde mental: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS i.
	Portaria Ministério da Saúde nº. 816 - Cria o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de álcool e outras drogas.
	Portaria Ministério da Saúde nº. 817 - Inclusão de código de procedimentos para financiamento de tratamento de internação hospitalar em hospital geral para transtornos derivados do uso de álcool e outras drogas.
2003	Lei nº. 10.708, cria o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, Programa de Volta para Casa.
	Portaria Ministério da Saúde nº. 2.077 – Regulamenta o auxílio reabilitação psicossocial – Programa De Volta para Casa.
2004	Portaria Ministério da Saúde nº. 52 – Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS.

Continua

continuação

2004	Portaria Ministério da Saúde nº. 2.197 - Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.
	Portaria Ministério da Saúde nº. 2.068, que institui incentivo aos municípios de R\$ 10.000,00 para a implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos.
2005	Portaria Ministério da Saúde nº. 245 - Destina incentivo financeiro antecipado para CAPS em fase de implantação.
	Portaria Ministério da Saúde nº. 1.174 – Programa de Qualificação dos CAPS, garantindo a supervisão clínico-institucional regular e incentivando a integração permanente com a rede básica.
	Portaria Interministerial nº. 353 - Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária.
	Portaria nº. 1.169 - Destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho destinados a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
2005	OPAS - Carta de Brasília - Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas.

Quadro 14 - Síntese da Política de Saúde Mental no Brasil a partir dos anos 1990

Fontes: GUIMARÃES, TAVARES, 1994; KINOSHITA, 1996; BRASIL, 2004; JIMÉNEZ; VÁSQUEZ, 2001; FIOCRUZ, 2005; HOCHMAN, 2005.

A reforma psiquiátrica tem sido a diretriz da política pública adotada paulatinamente, com avanços e recuos, pelo governo brasileiro desde a década de 1990, permanentemente sendo negociada entre as forças políticas¹²¹. Contudo, a adoção da reforma psiquiátrica acontece num momento histórico e contraditório em que os países da América Latina começam a vivenciar os primeiros ensaios neoliberais. "A retração do Estado e a cessão de espaços ao capital privado ocorre tanto na esfera econômica como na do bem estar social" (LAURELL, 2002, p. 166), agrava o processo de empobrecimento de camadas significativas da população.

Os ajustes neoliberais visam remercantilizar os bens sociais, reduzir o gasto público e suprimir a noção de direitos sociais, com repercussão especial aos portadores de transtorno mental. Esta é uma preocupação dos segmentos do setor

¹²¹ A partir de uma composição política, a coordenação da política nacional de saúde mental no Governo Collor de Mello é assumida por um profissional médico pertencente ao movimento nacional da luta antimanicomial, Dr. Domingos Sávio. Esta condição possibilitou o estabelecimento das primeiras portarias ministeriais que reordenava a assistência na direção da reforma psiquiátrica, e a constituição de uma referência para as futuras gestões sobre os pressupostos fundamentais que deveriam seguir este setor na política de saúde no Brasil.

da saúde mental, que na III Conferência Nacional de Saúde Mental deliberaram sobre a urgência de se “garantir o financiamento público da seguridade social, elemento fundamental para viabilizar a efetiva reinserção social dos usuários de saúde mental” (BRASIL, 2002c, p. 89), visto ser a seguridade social a área mais sensível em circunstâncias de ajustes fiscais.

Este contexto é relevante por ser propício à captura dos ideários da luta pela transformação da atenção em saúde mental, como justificadora de redução e precarização da oferta de serviços em saúde mental, pelo risco de que,

[...] no atual contexto de crise do Estado e dos serviços públicos, e de uma onda neoliberal conservadora, o movimento antimanicomial seja apropriado por políticas privatistas e francamente negligenciadoras da assistência, o que particularmente vem acontecendo, por exemplo, nos EUA e Inglaterra (VASCONCELOS, 1990, p. 112).

A análise sobre o estado da arte da reforma psiquiátrica pretende verificar de que tipo ela se constitui no Brasil, e para isto serão utilizadas as seguintes categorias operacionais: modalidades de atenção e oferta de serviços, gastos em saúde mental, garantia de direitos e produção científica na temática. Um conjunto de dispositivos de cuidados vem se construindo na saúde mental no Brasil, compondo o que se denomina rede de atenção integral em saúde mental, como definido na II Conferência Nacional de Saúde Mental (1994). As modalidades Serviço Residencial Terapêutico, Centro de Atenção Psicossocial, De Volta para Casa e Inclusão Social pelo Trabalho são os que mais representam a natureza da mudança na política de saúde mental, pois contemplam as necessidades singulares e sociais dos sujeitos portadores de transtorno mental. A descrição de cada um deles, bem como o instrumento legal de criação e a oferta dos mesmos no Brasil está no Quadro 15.

TIPO	PORTARIA ANO	DESCRIÇÃO	SITUAÇÃO 2006
SRT – Serviço Residencial Terapêutico	nº. 106 em 2000	Moradias ou casas inseridas, preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social.	475 SRT
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial	nº. 366 em 2002	Cria as modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos porte/complexidade e abrangência populacional, realiza prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial; serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território.	1.000 CAPS
De Volta para Casa	nº. 2.077 em 2003	Auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais internados em hospitais ou unidades psiquiátricas.	2.600 benefícios
Inclusão Social pelo Trabalho	nº. 1.169 em 2005	Incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho, destinados a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.	400 programas

Quadro 15 - Modalidades de Atenção em Saúde Mental e situação no Brasil, 2006

Fonte - elaboração a partir de BRASIL, 2006b.

No ano de 2004 o Tribunal de Contas da União (TCU) realizou uma auditoria para avaliar as ações de atenção à saúde mental¹²² vinculadas no Plano Plurianual (PPA) 2004-2007. Previamente à realização da auditoria, o TCU elaborou um diagnóstico da política, identificando como ameaças e fraquezas,

[...] a insuficiência da rede extra-hospitalar; dificuldade na capacitação dos recursos humanos; restrição de gastos dos municípios com pessoal em razão da Lei de Responsabilidade Fiscal; problemas de logística na aquisição e fornecimento de medicamentos; estigmatização dos

¹²² Gerenciadas pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS), por meio da Coordenação Geral de Saúde Mental.

beneficiários pela sociedade; avaliação deficiente das ações pela ausência de indicadores no PPA e inexistência de informações necessárias para a gestão das ações de saúde mental nos sistemas do SUS (BRASIL, 2005, p. 11).

Como oportunidades, constataram “melhoria de desempenho nas dimensões de articulação institucional, descentralização, eficácia, efetividade e equidade das ações, bem assim quanto à sua operacionalização e execução”. Como conclusão,

[...] as análises iniciais indicaram que as medidas adotadas pelo Programa ainda são insuficientes para consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania da pessoa portadora de transtorno mental (BRASIL, 2005, p. 11).

A longa transcrição se justifica pela objetividade e clareza da avaliação realizada pelo Tribunal sobre a situação da saúde mental no Brasil no momento. É uma avaliação técnica porque tem como parâmetro os marcos legais instituídos, mas com a percepção do alcance esperado pela reforma psiquiátrica, como se constata na exposição contida na conclusão. O TCU analisou os gastos em saúde mental executados pelo governo federal, o que se reproduzirá pelo significado que o orçamento tem nas políticas sociais públicas. É a previsão orçamentária e a sua execução que oferecem a medida mais real e concreta sobre o estado da arte da saúde mental, assim como de toda e qualquer outra atividade pública. A Tabela 03, elaborada pelo TCU, considerou os valores alocados no PPA para as três ações diretamente relacionadas à atenção em saúde mental no período 2004 a 2007 e no orçamento de 2004.

Tabela 03 - Previsão orçamentária em 2004-2007 e valores pagos em 2004 às ações de atenção à saúde mental.

Ação	Previsão PPA 2004/2007	Previsto orçamento 2004	Valores pagos até 15/01/2005	% Execução financeira em 2004
0843 – De Volta para Casa	28.525.000	6.300.000	1.587.283	25,19
0844 - Apoio a Serviços Extra-hospitalares para Transtornos de Saúde Mental e decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas	55.061.191	10.316.000	776.846	7,53
6233 - Atenção à Saúde Mental	2.717.000	586.999	111.700	19,03
Total	86.843.191	17.202.999	2.475.829	14,39

Fonte: BRASIL, 2005, p. 13.

As informações da Tabela 03 revelam que globalmente não foi executado o parâmetro esperado no primeiro ano do PPA (2004), em torno de 25% da previsão orçamentária para quatro anos. Isoladamente, somente o Programa *de Volta para Casa* alcançou esta proporção. Contudo, estas informações são insuficientes para a avaliação sobre os gastos em saúde mental, uma vez que há várias fontes para seu financiamento e, por conseguinte, diferentes registros de dados sobre gasto em saúde no sistema brasileiro.

Uma despesa significativa de volume de recursos não está contemplada no PPA com a especificidade da saúde mental, que são as relacionadas aos procedimentos ambulatoriais e de internação¹²³ por meio do Programa Atenção Hospitalar e Ambulatorial no Sistema Único de Saúde. Os incentivos financeiros para a instalação dos CAPS e SRT são lançados na conta do MAC, fundo da Média e Alta Complexidade, o que causa menor execução financeira da ação 0844. Outra fonte de financiamento é o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), que paga o custeio dos CAPS e SRT, também repassados fundo a fundo. O

¹²³ Estes têm a Remuneração por Serviços Produzidos (procedimentos ambulatoriais (SIA) e hospitalares (SIH)) pela rede contratada e/ou conveniada ao SUS com pagamento creditado diretamente nas contas correntes dos prestadores de serviço pelo Fundo Nacional da Saúde.

FAEC¹²⁴ foi criado para garantir o financiamento, pelo gestor federal, de procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual ou procedimentos decorrentes de ações consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde, que decorrem de políticas de saúde definidas em função das necessidades de grupos prioritários (SOUZA, 2003).

Outro estudo sobre os gastos em saúde mental foi realizado a partir dos dados¹²⁵ relacionados aos procedimentos ambulatoriais e de internação, possibilitando um retrato das despesas a partir desta outra fonte de financiamento. No ano de 2003, Andreoli revela que 3,1% do gasto do poder público com o SUS foi destinado a ações e serviços de saúde mental (2007, p. 95). Este percentual corresponde ao parâmetro deliberado na II Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 1994) para o financiamento de ações no setor. No exame das despesas nesta área *per capita* nos últimos cinco anos o estudo revelou uma redução de 40% em relação ao ano de 1998 (de 0,05 para 0,03 reais). Esta informação é importante, pois revela uma queda na capacidade do governo de financiar ações em saúde mental, e, por conseguinte, na política de saúde.

Outro aspecto examinado no estudo é que as internações psiquiátricas representaram 3% total de gastos com hospitalizações no Brasil (ANDREOLI, 2007, p. 91), revelando alguns pontos interessantes para análise. Um deles, Andreoli relaciona à redução de leitos no país, queda significativa que será posteriormente analisada. Outro ponto é relativo a uma importante mudança nesta última década quanto à magnitude da internação psiquiátrica, pois nas diretrizes anteriores à reforma psiquiátrica, esta era o centro do atendimento em saúde mental, por isto a expressão hospitalocêntrica.

Em 2003 a internação psiquiátrica foi a sétima causa das internações no Brasil (MARSIGLIA, 2007) e em 1992 o tratamento psiquiátrico foi a segunda causa de internação hospitalar no Brasil, antecedida pela internação para parto (FARIA; JATENE, 1995). Interessante estes maiores motivos de internação na época, pois as

¹²⁴ Portaria do Ministério da Saúde nº. 531, de 1999. Até então, a totalidade dos recursos federais destinados ao custeio da assistência à saúde estava alocada nos tetos financeiros dos estados e do Distrito Federal. Dessa forma, o Ministério da Saúde não dispunha de instrumentos que lhe possibilitassem financiar e priorizar ações consideradas estratégicas (SOUZA, 2003, p. 08).

¹²⁵ Departamento de Informação e Informática do SUS (Datusus).

peças entravam no hospital para nascer e depois quando ficavam *loucas*. Esta *loucura*, condicionada por múltiplos fatores, dentre eles as condições de vida da maioria da população brasileira, como estudo recente confirmou.

As classes sociais, num plano mais complexo da realidade, determinam as condições materiais de vida e a estrutura ocupacional, mediações que, uma vez quantificadas, explicam a magnitude e a distribuição das doenças nas populações. [...] Enfim, baixa escolaridade, baixa renda e exclusão do mercado de trabalho, expressões da estrutura das classes sociais, proporcionam situações de estresse contribuindo para a produção dos transtornos mentais comuns (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002, p. 220).

Continuando nas reflexões sobre os gastos em saúde mental, o estudo referido revelou que o principal gasto no ano de 2003 foi em internação psiquiátrica (85,8%) enquanto que com CAPS foi de 2% (ANDREOLI, 2007, p. 95). Este dado diz respeito diretamente a uma das lutas do movimento da reforma psiquiátrica, que é a reversão do modelo hospitalocêntrico, tanto que uma das diretrizes aprovada na III Conferência Nacional de Saúde foi a de “garantir a imediata inversão de prioridades no financiamento da política de saúde mental, na proporcionalidade de 80% para a rede substitutiva e 20% para o sistema hospitalar” (BRASIL, 2002c, p. 86).

A constatação de que houve maior gasto em internação psiquiátrica é crucial, pois já define qual é o estado da arte da reforma psiquiátrica: redução de leitos e não investimento em serviços de atenção integral em saúde mental. Mas, dados mais atualizados revelam que já está havendo esta reversão almejada, considerando os gastos realizados no conjunto das modalidades de saúde mental. Na Tabela 04 apresenta-se um estudo comparativo que permite a visualização da evolução dos gastos percentuais em internação e nos serviços de saúde mental, denominados como substitutivos à internação psiquiátrica.

Tabela 04 - Evolução Comparativa Percentual entre Gastos com Internação Hospitalar e Rede Substitutiva em Saúde Mental, 1997 a 2006 – Brasil.

Ano / Composição de Gastos	% Gastos Internação Hospitalar	% Gastos com Rede Substitutiva
1997	93,2	6,8
2000	91,0	9,0
2002	80,0	20,0
2004	63,8	36,2
2006	49,0	51,0

Fonte: Elaboração realizada a partir de BRASIL (2003 e 2006b) e DELGADO et al (2007).

Os dados da Tabela 04 revelam uma alteração ascendente de 6,8% há dez anos para 51% serviços de atenção em saúde mental de natureza ambulatorial e territorial, superando assim a histórica supremacia da internação psiquiátrica na atenção em saúde mental. Os dados sobre os gastos são confirmados com o quantitativo dos serviços CAPS e leitos, como se constata na Tabela 05.

Tabela 05 – Leitos e CAPS no Brasil, 1996 a 2006 – Brasil

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2005	2006
LEITOS	72.514	71.041	70.323	66.393	60.868	56.258	56.258	42.076	39.600
CAPS	154	176	231	237	253	295	382	672	1.000

Fonte: Elaboração realizada a partir de BRASIL (2003 e 2006b) e DELGADO et al (2007).

A expansão do serviço tipo CAPS foi muito significativa, mas possível pelo custeio ser realizado com os recursos do FAEC. O Rio Grande do Sul tem cadastrado, em 2006, o número de 97 CAPS, um quantitativo muito satisfatório na proporção demográfica¹²⁶, considerando que estes serviços são para municípios com mais de 20.000 habitantes, e o estado tem 100 cidades com este contingente

¹²⁶ A Coordenação Nacional de Saúde Mental criou o indicador CAPS/100.000 habitantes para medir a capacidade de resposta dos serviços para o atendimento da população. Consideraram a cobertura de serviços de CAPS como razoável a boa, seja nos municípios ou nos estados, quando a média ultrapassa o valor de 0,50. O Rio Grande do Sul está com a média de 0,70 em 2006, revelando aumento significativo em relação a 2002, quando estava com 0,39, e superior a média nacional de 0,44, estando localizado no terceiro lugar no ranking da cobertura nacional (BRASIL, 2007).

populacional, do total de 496 municípios. Contudo, com a significativa prevalência dos transtornos mentais na população em geral, de 3% com transtornos mentais severos e persistentes que necessitam atendimento contínuo; 12% com transtornos mentais decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas; e 12% estimado da população que necessita de atendimento contínuo ou eventual (DELGADO et al, 2007), pode-se concluir que os recursos gastos e o quantitativo dos serviços de atendimento em saúde mental no país ainda são insuficientes.

Quanto aos leitos, a queda na sua oferta também é significativa, estando os mesmos distribuídos em 225 hospitais (BRASIL, 2006b), quando em 1991 existiam 313 hospitais psiquiátricos¹²⁷, seis destes no Rio Grande do Sul. Estas reduções no número de leitos e de hospitais estão diretamente relacionadas tanto a um conjunto de iniciativas do governo, com medidas de fiscalização e normatização do funcionamento dos hospitais psiquiátricos¹²⁸, como por situações graves de violação de direitos humanos, que desencadearam crises nos estabelecimentos e posterior fechamento de alguns¹²⁹. Contudo, a supremacia do setor privado e filantrópico persiste, ainda que com uma redução dos 82,7% em 1991, para 58% em 2006 (DELGADO et al, 2007).

A coordenação nacional da política de saúde mental expressa que os desafios não são mais em relação à mudança do modelo de atenção, mas sim na consolidação desta através da sustentabilidade financeira, técnica e política (BRASIL, 2006b). Esta avaliação está em sintonia com a realidade atual, em que as forças contrárias à reforma psiquiátrica se rearticulam¹³⁰; mudanças no setor saúde com o Pacto da Saúde alterando a forma de financiamento, com a previsão do término da FAEC. Esta medida é uma solicitação do movimento sanitário de algum tempo, para reduzir o centralismo e poder do governo federal na definição das prioridades, reduzindo com isto a autonomia dos municípios na definição de suas prioridades. Contudo, o custeio dos serviços de saúde mental estava garantido na estratégia FAEC, e ainda não há definição sobre como será o financiamento nesta área.

¹²⁷ Ver Tabela 01, p. 50.

¹²⁸ Ver Quadro 14, p. 132.

¹²⁹ Algumas situações abordadas no item 3.2.

¹³⁰ Agora o setor que faz críticas não é o do mercado hospitalar, mas o cooperativo profissional. Ver manifestações da Associação Brasileira de Psiquiatria no site <http://www.abpbrasil.org.br/>.

A questão das garantias necessárias para o financiamento em saúde mental envolveu os organizadores e participantes da conferência da OPAS no Brasil em 2005 para marcar os quinze anos da Declaração de Caracas, quando se comprometeram a “defender, junto às autoridades nacionais, o argumento de que é necessário aumentar o financiamento em saúde mental, para enfrentar a dramática carga de morbidade e incapacidade gerada pelos transtornos mentais” (OPAS, 2005, p. 5).

Outra dimensão fundamental também precisa ser consolidada e institucionalizada, a de respeito aos direitos dos portadores de transtorno mental, postura ainda em construção na sociedade e nos serviços de saúde mental.

Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 5).

Esta realidade ainda é persistente, como se detectou em estudo nos prontuários dos usuários dos serviços de saúde mental da região metropolitana de Porto Alegre (DIAS, 2003), quando foram pesquisados os dados sociodemográficos e terapêuticos realizados. Os dados obtidos estão visualizados no gráfico 01, o que facilitará o entendimento sobre a afirmação realizada.

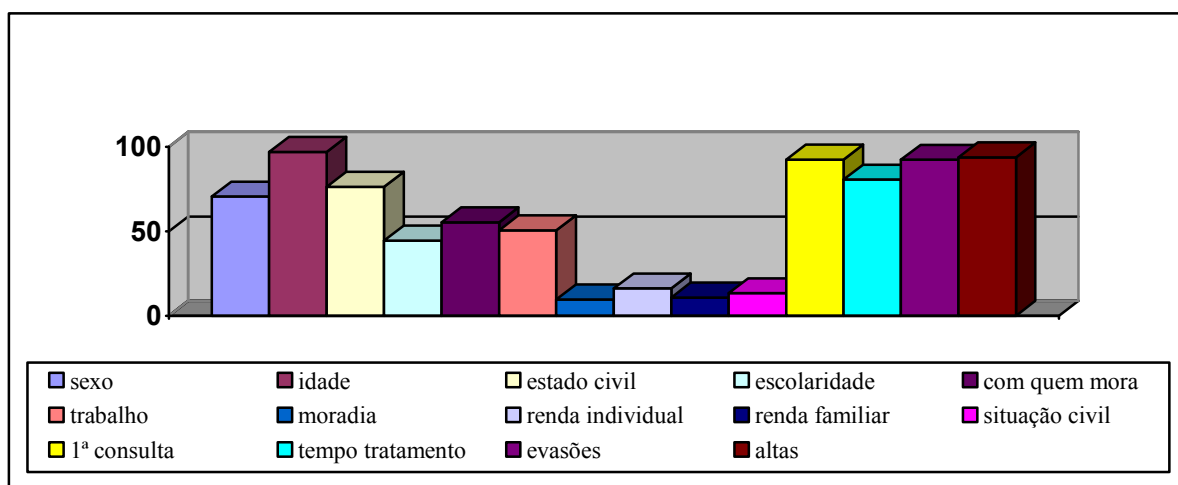


Gráfico 01 - Frequência de informações nos prontuários dos usuários de serviços de saúde mental da região metropolitana de Porto Alegre, 2003.

Fonte: Dias, 2003.

Verifica-se a partir do Gráfico 01 que as informações existentes nos prontuários dos usuários relativas à identificação pessoal constam em quantidade significativa, assim como as relativas ao tratamento realizado. Contudo, as informações referentes à cidadania, como a escolaridade, trabalho, moradia, renda e a situação civil¹³¹ dos usuários, tem a presença mediana nos prontuários pesquisados. Ou seja, a ausência destes registros revela o quanto a concepção dos direitos dos portadores de transtorno mental ainda está por se realizar.

A noção dos direitos serem pauta de projetos terapêuticos, orientadores da ação de cuidados, significa conhecer quem é o usuário que precisa de atenção, qual sua realidade quanto às condições de moradia, trabalho, educação, cultura, vínculos afetivos e sociais. Principalmente, que a ação terapêutica seja uma ponte para a construção de novas relações sociais, de possibilidades de construção de outras oportunidades de vida, numa sociedade tão desigual.

O problema não é só o transtorno mental que precisa ser cuidado continuamente e por toda a vida, mas como colaborar para que os indivíduos portadores destes transtornos sejam cidadãos e incluídos no mundo. Portanto, é fundamental que se possam vislumbrar possibilidades de alargamento de acesso a direitos, e no caso da saúde mental, constatar que a superação do manicômio não se reduz à extinção dos hospitais psiquiátricos, mas sim a uma perspectiva ética de relação entre sujeitos distintos, mas iguais de direitos.

A outra perspectiva para análise da situação atual da reforma psiquiátrica é a produção acadêmica em programas de pós-graduação *stricto sensu*. Os bancos de teses foram pesquisados com os termos reforma psiquiátrica e desinstitucionalização, cujo resultado foi um total de 262 produções (74,8% no nível de mestrado e 25,2% no nível de doutorado), distribuídas em trinta e seis (36) Unidades de Ensino (USP/USP Ribeirão Preto, com 22%, Fiocruz com 10,7% e UERJ com 7,3% das produções). No Rio Grande do Sul constou o registro de nove produções, na proporção de 3,4% em relação ao total no país. As áreas de conhecimento com maior concentração das produções foram: enfermagem (30,2%), saúde pública e saúde coletiva (22,2%), psicologia (21,8%); o serviço social teve

¹³¹ Conhecimento sobre se o usuário está em pleno gozo de seus direitos civis ou está sob interdição civil.

4,2% das produções. O ano de 1987 foi o primeiro a ter uma produção e, após um intervalo, começa uma regularidade a partir de 1992. Os temas foram agrupados por categorias e distribuídos por percentual de ocorrência, como se visualiza no Quadro 16.

TEMAS	% 1987 1994	% 1995 1999	% 2000 2006
Desinstitucionalização	18	4	0
Reinserção social pelo trabalho e pelo programa de bolsa-auxílio	9	9	9
Organização do trabalho em saúde mental	9	13	20
Novas formas de cuidado	18	38	46
Contextualização e Conceituação	9	5	7
Compartilhando experiências	28	31	18
Outros	9	0	0

Quadro 16 - Percentual de ocorrência de temas das Dissertações e Teses de 1987 a 2006

Fonte: Resumo das Dissertações e Teses obtidos junto aos Banco de Teses, 2006.

Constata-se neste quadro que algumas temáticas foram sendo pesquisadas com mais vigor no período de 2000 a 2006, enquanto outras tiveram seu interesse reduzido ao longo do tempo. Pesquisas sobre novas formas de cuidado e para compartilhamento de experiências atingiram um patamar considerável no segundo período, sendo que somente a primeira manteve o interesse, de forma majoritária, entre os pesquisadores na área. O interesse na organização do trabalho passou a ser relevante como consequência da expansão das modalidades de atenção nos últimos anos. Pode-se concluir que os temas da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização têm sido alvo de estudos investigativos, revelando o interesse entre os profissionais de saúde em compreender e desvelar todas as suas possibilidades.

Há um reconhecimento internacional dos avanços no país, e no estado do Rio Grande do Sul, na capacidade de formulação de legislação protetora dos direitos dos portadores de transtorno mental. A OPAS apresentou um estudo investigativo

sobre os efeitos da Declaração de Caracas nos países da região¹³², quando o Brasil foi destacado, pois “following the recommendations of the Caracas Declaration, Brazil has undertaken a fertile legislation reform at both the national and state levels” (BOLIS, 2001, p. 14). O estado do Rio Grande do Sul é assinalado neste documento, em função da Lei 9.716, como se constata:

Since 1992 eight stadual laws have been enacted, all of them establish the progressive substitution of the mental health hospital for other medical services. *Law No. 9,716 of 7 August 1992 of Rio Grande do Sul*, for example, prescribes the progressive substitution of the beds in the psychiatric hospitals for comprehensive care networks of health services. In addition, the norm states principles for the protection of the mental patients, especially in voluntary hospitalization situations (BOLIS, 2001, p. 15).

O processo de construção, instalação e também de reação à reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul está marcado pela permanente tensão entre os pólos de modernização e ruptura¹³³ no campo da saúde mental, o que, mesmo assim, produziu um cenário satisfatório de avanços na oferta de serviços e na qualificação profissional. Apesar da reforma psiquiátrica no estado não estar ainda plenamente realizada, a década de 1990 vai ter a sua marca no campo da saúde mental, pelo impacto que o processo de constituição, aprovação e medidas tomadas por vários agentes sociais após a lei de Reforma Psiquiátrica, como se constata no Quadro 17, que sistematiza os acontecimentos mais relevantes a partir da década de 1990.

¹³² Os países do Mercosul que participaram da investigação foram a Argentina, o Brasil, o Paraguai e o Uruguai. Estudo apresentado durante o XXVI Congresso Internacional sobre Legislação e Saúde Mental, ocorrido em Montreal – Canadá, pela conselheira Mónica Bolis da OPAS, sobre os efeitos da Declaração de Caracas nos países da região.

¹³³ Estes termos, que especificam e caracterizam determinadas concepções e práticas, se toma emprestado de José Paulo Netto, que na sua obra *Ditadura e Serviço Social*, as utiliza para a análise do Serviço Social no Brasil a partir da ditadura militar (NETTO, 1991).

ANO	ACONTECIMENTO
1990	Criação da Pensão Pública Protegida Nova Vida em Porto Alegre, através de um convênio entre a SSMA e a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, em agosto.
1991	Divisão do HPSP em duas áreas: a de moradia e a hospitalar, com 130 leitos.
	Organização do Fórum Gaúcho de Saúde Mental
1992	III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, na UFRGS, Porto Alegre. Realização do Curso Saúde Mental nos Municípios. Apresentação de relatos das várias experiências gaúchas em saúde mental.
	1ª Conferência Estadual de Saúde Mental, de 03 a 06 de junho, em Tramandaí.
	Lei de Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, 07 de agosto.
1993	Cursos de Aperfeiçoamento em Saúde Mental Coletiva, em Rio Grande e Alegrete.
	Cursos de Especialização em Saúde Mental Coletiva em Ijuí e Bagé
	<i>Carta Instituinte São Pedro Cidadão</i> – Conselho Estadual de Saúde
	Encontro Estadual de Saúde Mental, com o tema “Louca Vida”, promovido pelo FGSM, em Porto Alegre
1994	Lei nº. 10.097 que cria o Conselho Estadual de Saúde no RS
1995	5º Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva, em Bagé.
	V Encontro Estadual de Saúde Mental Coletiva e o <i>I Encuentro de Salud Mental del Cono Sur</i> , em Bagé, com a participação de 500 pessoas do Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai.
	Lei municipal de saúde mental em Canoas.
1996	Lei municipal de saúde mental em Alegrete.
1998	Lei municipal de saúde mental em Bagé.
1999	Encontro Estadual de Saúde Mental, em Porto Alegre, comemorando o Dia 18 de maio, dia nacional da luta antimanicomial
2004	Comissão de Saúde e Meio Ambiente cria Grupo de Trabalho para propor mudanças no HPSP.
	Apresentação do projeto de Lei 40 na Assembléia Legislativa revogando a lei de Reforma Psiquiátrica. O autor arquivou o projeto após não ter obtido apoio dos líderes das bancadas para votação em plenário.
2005	Reapresentação do projeto de Lei 40 na Assembléia Legislativa revogando a lei de Reforma Psiquiátrica. A Comissão de Saúde rejeitou através de parecer, o teor da proposta, em 2006.
	Mental Tchê - Encontro Estadual do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, São Lourenço do Sul, comemorando o Dia 18 de maio, dia nacional da luta antimanicomial
2006	2º Mental Tchê, São Lourenço do Sul.
	I Encontro Estadual de CAPS, Caxias do Sul.

Quadro 17 - Síntese da Política de Saúde Mental no Rio Grande do Sul a partir dos anos 1990

Fontes: SOARES, 1996; PICCININI, 2000; FAGUNDES, 2006.

Assim como a intervenção pública na Clínica Psiquiátrica Casa de Saúde Anchieta, em Santos no ano de 1989¹³⁴ (KONOSHITA, 1996) representou para aquele estado e para o Brasil o marco zero da reforma psiquiátrica, no Rio Grande do Sul há duas experiências basilares. Uma, na transformação da assistência aos usuários em situação aguda, com o tratamento passando a ser de natureza comunitária e extra-hospitalar, o serviço de saúde mental Nossa Casa, de São Lourenço do Sul, criado em 16 de agosto de 1988¹³⁵.

A outra é uma experiência pioneira da adoção da lógica da desinstitucionalização para pessoas com longa trajetória de institucionalização psiquiátrica, a Pensão Pública Protegida Nova Vida¹³⁶, que “a partir das necessidades individuais – de todos os sujeitos implicados: pensionista, família, equipe, sociedade – fomos construindo um projeto coletivo baseado no respeito, no resgate da cidadania, na desinstitucionalização, na participação” (FISCHER, 1992, p. 25).

A mobilização das distintas e antagônicas forças envolvidas nesta disputa é permanente desde a aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica, em 1992, caracterizando-se esta como um marco de ruptura no modelo até então vigente de saúde mental no solo gaúcho. Nos períodos anteriores analisados¹³⁷, registrou-se um conjunto de reformas na política de saúde mental no estado, a maioria delas tendo como pólo irradiador mudanças no HPSP¹³⁸.

O período de apresentação e debate do projeto de Lei na Assembléia Legislativa foi marcado por grandes mobilizações sociais, que extrapolaram a discussão restrita dos grupos sociais interessados, alcançando a esfera da sociedade gaúcha. Entre eles, destaca-se a I Conferência Estadual de Saúde Mental, em 1992, que foi um fórum fundamental na defesa da cidadania dos portadores de transtorno mental, na indicação de que a saúde mental deveria ter como referência o município, com caráter multidisciplinar e da necessária inter-

¹³⁴ Ver Quadro 5, p. 48.

¹³⁵ Ver Quadro 10, p. 79.

¹³⁶ A Clínica Pinel em 1990 encerrou um convênio com o antigo Inamps de manutenção de uma pensão. Com esta medida, os 58 pensionistas foram assumidos pelos governos estadual e municipal.

¹³⁷ Ver item 2.3.

¹³⁸ A discussão que se realizará girará na órbita do HPSP, considerando o tema deste estudo ser um projeto vinculado a este estabelecimento.

relação com as demais políticas sociais visando a integralidade da atenção (RIO GRANDE DO SUL, 1992 a).

A presença e o papel mobilizador do Fórum Gaúcho de Saúde Mental foram preponderantes no processo de discussão da lei de reforma psiquiátrica, realizando eventos, campanhas, comunicações e debates na imprensa em todo o estado, resultando que o Rio Grande do Sul foi o pioneiro na história do Brasil em estabelecer uma legislação¹³⁹ que contemplasse a nova lógica em saúde mental (QUINTO NETO, 1992; DIAS, 1997a; FAGUNDES, 2006). A organização do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM) ocorreu em 1991, durante um encontro estadual realizado em Bagé, quando os vários grupos que defendem *uma sociedade sem manicômios* existentes no estado se articularam e se fortaleceram como um movimento social, marcado pela informalidade, mas orgânico na defesa do projeto da luta antimanicomial.

O Conselho Estadual de Saúde¹⁴⁰ (CES) foi uma instância que também desempenhou um papel importante na formulação da reforma psiquiátrica no estado do Rio Grande do Sul. Um conjunto de medidas foram adotadas (DIAS, 1997 a), sendo mais significativa a construção do projeto de transformação do Hospital Psiquiátrico São Pedro, denominado *São Pedro Cidadão*, em 1993. A Comissão de Saúde Mental do CES desencadeou um debate público e constituiu um grupo de trabalho com os diversos segmentos envolvidos no campo da saúde mental, cujo resultado se traduziu no Relatório da Comissão de Saúde Mental, denominado Carta Instituinte São Pedro Cidadão (RIO GRANDE DO SUL, 1993a), que foi apresentado e aprovado por unanimidade pelo Plenário do Conselho.

A homologação¹⁴¹ desta proposta não foi realizada na gestão estadual daquele período, somente em 1999 quando o programa *São Pedro Cidadão* foi alçado a uma das prioridades do governo. A mobilização em torno das mudanças no HPSP, símbolo da luta pela reforma psiquiátrica no estado, foi e continua sendo,

¹³⁹ Ver no Quadro 17 (p. 146) a promulgação de leis Municipais de saúde mental.

¹⁴⁰ O Conselho Estadual de Saúde estava numa época com fértil e agudo debate sobre sua identidade, que culminou na aprovação da Lei 10.097 lhe outorgando a devida legitimidade.

¹⁴¹ Conforme prevê a Lei 10.097 do CES, artigo 5º: "As decisões do Conselho Estadual de Saúde serão consubstanciadas em Resoluções. Parágrafo único - O Secretário da Saúde e do Meio Ambiente, na qualidade de Gestor do Sistema Único de Saúde/RS, terá o prazo de trinta (30) dias para homologar sobre as Resoluções" (RIO GRANDE DO SUL, 1994).

desde então um espaço de disputas¹⁴² entre os que defendem e os que são contrários às mudanças no campo da saúde mental. Aqui no solo gaúcho ainda tem sentido a guerra de posições:

Estamos em pleno universo gramsciano: uma guerra de posições que se desenvolve por caminhos tortuosos, onde atores a favor e contra a Reforma Sanitária defendem seus ideários e entram em luta (de forma velada ou aberta), nas mais diversas instâncias - no interior dos aparelhos das instituições de saúde, junto às organizações da sociedade, no Congresso e nas instituições profissionais do setor - no contexto de uma grave crise social e econômica (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p. 93).

Numa das mudanças no HPSP foi adotada uma tática, que na órbita do discurso fez a apologia de cumprimento da legislação da reforma psiquiátrica já em vigor, mas concretamente foi uma necessidade de adequação e distribuição de AIH no Estado, pois era a época da introdução da NOB 1991. Houve a significativa redução no quantitativo de leitos hospitalares psiquiátricos, através da medida drástica de retirada de 915 leitos do HPSP do sistema de internação hospitalar (SIH SUS) em 1995, e conseqüentemente, liberando este quantitativo de AIH para ser utilizados pela rede hospitalar SUS no estado, permanecendo 130 cadastrados e autorizados a realizar internação psiquiátrica.

As pessoas institucionalizadas permaneceram sob cuidados na área asilar¹⁴³ no Hospital, mas os atendimentos passaram a ser registrados como ambulatoriais. Ou seja, aquelas pessoas continuaram internadas, mas, por um artifício político-administrativo, sua ocupação deixou de ser considerada como de leito psiquiátrico (DIAS, 1997 a).

Na época, o gestor anunciou tal medida como sendo de cumprimento da reforma psiquiátrica, mas esta não foi corroborada pela ausência de medidas para ampliação da oferta de serviços substitutivos de atenção em saúde mental. Em relação à oferta de serviços ambulatoriais em saúde mental, na primeira metade da década de 1990 foi constatado que houve um aumento, mas este ocorreu através do

¹⁴² Desde o ano de 2004 por duas vezes foi apresentado um projeto de lei que revoga a lei de Reforma psiquiátrica no estado (Quadro 17, p. 146).

¹⁴³ Em 1991 o HPSP foi dividido administrativa e tecnicamente em duas áreas: asilar e hospitalar, esta com 130 leitos.

empenho dos municípios. Estes aumentaram na proporção de 44,2% no período de 1991 a 1995, e em relação CAPS, o aumento foi de 28,6% no mesmo período¹⁴⁴.

O processo de implantação do SUS estava em curso no Brasil, com a municipalização¹⁴⁵ sendo efetivada sob orientação da NOB 1991¹⁴⁶, esta por sua vez iniciada com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que “viabilizaram concretamente a expansão da capacidade instalada da rede pública, sobretudo ambulatorial” (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994, p. 86). Assim, a expansão da atenção em saúde mental do tipo ambulatorial está mais diretamente relacionada à municipalização. Mas este processo se deve também a uma peculiaridade gaúcha (BEZERRA JÚNIOR, 1994), que se inicia na década anterior, de forte mobilização e produção no campo da saúde mental, em que diferentes cursos e eventos¹⁴⁷ foram motivadores do movimento de crítica ao modelo manicomial e hospitalocêntrico e de produção de uma rica variedade de formas de cuidar e respeitar os portadores de transtorno mental gaúchos.

[...] realizamos em dez anos, de 1987 a 1996, dezoito cursos de saúde mental coletiva, que estão inventariados no próximo capítulo, “implicamos” 709 alunos, 556 em aperfeiçoamento e 153 em especialização. Contamos com 97 professores e “implicamos” igual dezena de apoiadores docentes locais em cada curso. Já na metade do período, em 1992, tínhamos 112 serviços de saúde mental criados nos municípios “implicados” (FAGUNDES, 2006, p. 96).

A aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica foi um motivo alegado por dois governos¹⁴⁸ estaduais para fazerem propostas de venda da área de 16 hectares onde se localiza o HPSP, para ocupação de condomínios e de centro de compras. As reações foram intensas, por parte de vários segmentos da sociedade e do movimento da luta antimanicomial. Estas ocasiões tiveram a peculiaridade de produzir consenso na defesa de uma causa: os contrários¹⁴⁹ à reforma psiquiátrica por motivos óbvios, e os defensores, por considerarem o terreno e os prédios de uso

¹⁴⁴ Dados obtidos junto a 284 municípios, correspondendo a 66,51% dos municípios do Estado na época (DIAS, 1997 a).

¹⁴⁵ No Rio Grande do Sul até o início do ano de 1996, 150 cidades (35,13%) do Estado já estavam municipalizadas.

¹⁴⁶ Ver Quadro 11, p. 91.

¹⁴⁷ Ver Quadros 10 (p. 79) e 17 (p. 146).

¹⁴⁸ As tentativas foram nos anos de 1992 e 1996, repetindo iniciativas realizadas em 1987.

¹⁴⁹ As organizações que formalmente se manifestaram contra foram a Associação dos Hospitais do Rio Grande do Sul, a Sociedade de Apoio ao Doente Mental (SADOM), a Associação de Funcionários do HPSP, e posteriormente, se agregou a este grupo, o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul.

legítimo dos que lá viviam por décadas, sendo por direito o local preferencial para viverem.

Outras propostas de mudanças foram as tentativas de transferência de moradores para o Hospital Colônia Itapoã (RIO GRANDE DO SUL, 1991 a) e mais recentemente, a Secretaria de Estado da Saúde inseriu no PPA 2004-2007 a ação de “construir 100 Residenciais Terapêuticos para reinserção de pacientes na comunidade. As casas serão construídas na área do Hospital Colônia Itapoã” (RIO GRANDE DO SUL, 2003a, p. 246). No exame do documento para deliberação do Conselho Estadual de Saúde, a Comissão de Saúde Mental rejeitou esta ação, pelo seu caráter segregador ao pretender enviar para um local afastado do centro urbano pessoas institucionalizadas que já vinham há algum tempo interagindo de forma produtiva na cidade. Por outro lado, a SES não destinou verbas para a conclusão do Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro¹⁵⁰, que consiste de igual modo em serviços residenciais terapêuticos.

As normas legais construídas para resguardar os direitos dos portadores de transtorno mental e o programa de avaliação da assistência hospitalar psiquiátrica do Ministério da Saúde¹⁵¹ possibilitaram um maior acompanhamento da assistência prestada pelos hospitais psiquiátricos. Particularmente o HPSP tem sido frequentemente vistoriado e fiscalizado, também pelo Ministério Público, detectando as condições insalubres e os maus tratos praticados. Várias mobilizações têm sido feitas, seja para a transformação da assistência, como o Serviço residencial terapêutico Morada São Pedro, seja pela sua manutenção nos moldes atuais, na visão modernizadora e humanizadora da reforma psiquiátrica.

A mais recente e articulada proposta foi construída pela Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Assembléia Legislativa, que criou um Grupo de Trabalho¹⁵² para estudar e encaminhar propostas para os inúmeros problemas enfrentados pelo Hospital Psiquiátrico São Pedro (a curto, médio e longo prazo). Após a conclusão dos trabalhos, o grupo propôs a constituição de uma Fundação de Direito Público

¹⁵⁰ Este projeto será detalhado no próximo capítulo.

¹⁵¹ Ver Quadros 11 (p. 91) e 12 (p. 95).

¹⁵² Formado a partir de uma Audiência Pública na Comissão de Saúde e Meio Ambiente, em 05 de maio de 2004, solicitada pelo Sindicato dos Servidores Públicos do Estado (SINDSEPE) e da Comissão de Mobilização dos Funcionários do HPSP.

para ter maior capacidade jurídica e administrativa de solução para os problemas que acompanham esta instituição. Reafirmaram a aplicação das decisões contidas no Projeto “São Pedro Cidadão” e a continuidade ao projeto “Morada São Pedro”, entre outras sugestões (RIO GRANDE DO SUL, 2004). O esforço despendido pelas entidades e parlamento em pensar alternativas para o estabelecimento não teve continuidade, posto que o governo estadual não pautou a questão do HPSP na sua agenda.

A adoção dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, especificamente no caso brasileiro, foi sem dúvida um avanço quanto à introdução dos direitos dos portadores de transtorno mental, que passam a compor um conjunto de dispositivos legais garantidores da sua cidadania. Contudo, pensar em cidadania para este segmento é pensar na efetivação das políticas públicas no Brasil, que tem a marca de ser um dos mais desiguais do mundo. É um contingente de aproximadamente 34% da população que vive abaixo da linha da pobreza (MARSIGLIA, 2007, p. 21) e, portanto, “nem sempre têm noção de seus direitos ou ignoram seus direitos civis ou os têm sistematicamente desrespeitados por outros cidadãos, pelo governo, pela polícia. Não se sentem protegidos pela sociedade e pelas leis” (CARVALHO, 2004, p. 216).

São presenciados inúmeros recuos no processo de consolidação real do sistema de saúde, em especial quanto aos aspectos fundamentais do financiamento, do desenho organizacional e da prestação direta de serviços à população, ao mesmo tempo em que se amplia o ordenamento legal da saúde privada sob a denominação de saúde suplementar, crescendo a oferta de serviços de natureza privada e contratada por empregadores e empregados. Ou seja, a lógica de que a saúde é um direito de quem trabalha continua vigorando, pela maior presença do mercado no setor saúde, ficando o serviço público destinado às camadas “pobres e carentes” da sociedade.

O presente capítulo pretendeu situar e articular algumas das dimensões contidas no debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil e no Rio Grande do Sul a partir da década de 1990. Estas dimensões, ainda que com a aparência de serem independentes entre si, na realidade estão em interconexão histórica e estrutural. O contexto dos ajustes estruturais no país condiciona a formulação e implantação das

propostas de reversão do modelo manicomial e hospitalocêntrico, ainda presentes no campo da cultura e da assistência em saúde mental. Mas, pela natureza contraditória da realidade, criam-se as condições para instaurar uma nova perspectiva, pautada nos direitos de *todos* os sujeitos, independente de suas condições emocionais.

Esta sistematização foi necessária para configurar uma referência histórica e teórica de análise de uma experiência de desinstitucionalização, em que um grupo de internos do HPSP passou a morar e a viver sob esta perspectiva. Pretende-se então responder ao seguinte problema de pesquisa: Em que medida a proposta de desinstitucionalização Morada São Pedro possibilitou a efetivação dos direitos dos portadores de transtorno mental egressos de longa internação hospitalar? Este estudo tem o objetivo de verificar se o referido projeto, construído sob os auspícios da reforma psiquiátrica, possibilitou a efetivação dos direitos daqueles sujeitos, visando contribuir na formulação e execução de políticas públicas no campo da saúde mental, como se verá no próximo capítulo.

4 EVIDÊNCIAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO MORADA SÃO PEDRO

“O respeito à autonomia e à dignidade de cada um
é um imperativo ético
e não um favor que podemos ou não
conceder uns aos outros”
Paulo Freire, 2003

Este capítulo apresenta, inicialmente, a constituição e o funcionamento do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro, para situar este dispositivo da atenção em saúde mental na perspectiva da reforma psiquiátrica, adotado como política pública no estado gaúcho. Na seqüência se apresenta o caminho metodológico realizado no processo investigativo, para posterior discussão teórica dos resultados obtidos, procurando responder às questões norteadoras, e assim, contribuir no conhecimento e na elaboração de políticas públicas no campo da saúde mental.

4.1 MORADA SÃO PEDRO: PROPOSTA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

O Morada São Pedro consiste numa proposta de desinstitucionalização de sujeitos portadores de transtorno mental que, por longo período, foram hospitalizados no HPSP. Materializa-se num condomínio habitacional em que moram tanto os egressos da internação psiquiátrica como parte dos habitantes da Vila São Pedro¹⁵³, realizado a partir do programa denominado *São Pedro Cidadão*, que na perspectiva de garantia de direitos e superação do Hospício São Pedro, exigiu uma transformação para “além de uma assistência digna em saúde mental, a garantia de inserção social com moradia, trabalho, renda, educação, cultura e lazer” (MENEGASSI et al, 2002, p. 251). O Morada é um serviço vinculado ao HPSP, responsável institucional pela sua manutenção, conservação e provimento de pessoal.

¹⁵³ A Vila São Pedro está localizada no quarteirão de terreno público na Av. Ipiranga próxima à Av. Salvador França, atualmente 3ª Perimetral. Na parte do terreno vizinha aos fundos do Hospital Psiquiátrico São Pedro foi realizado o projeto de condomínio residencial Morada São Pedro, que por sua vez, se constitui num serviço residencial terapêutico para egressos de longo tempo de internação.

O programa *São Pedro Cidadão* foi construído através de esforços de múltiplos atores no contexto da aprovação da lei de Reforma Psiquiátrica no estado do Rio Grande do Sul. A Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde, em conjunto com as Comissões de Saúde e de Cidadania e Direitos Humanos da Assembléia Legislativa; com a Secretaria de Saúde e Meio Ambiente; Prefeitura Municipal de Porto Alegre, através da Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde realizaram o evento *São Pedro Cidadão – Assembléia Instituinte*¹⁵⁴ em 1993. A partir das discussões sobre as necessárias transformações no HPSP, os participantes, representantes de vários segmentos vinculados à política pública de saúde mental, formaram grupos de trabalho temáticos com a tarefa de elaboração de propostas que garantissem “a atenção integral à saúde e o resgate da identidade e cidadania” (RIO GRANDE DO SUL, 1993b).

Entre as propostas construídas e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde, constantes do Relatório *Carta Instituinte São Pedro Cidadão*, uma foi específica à situação dos moradores, definindo ser necessário

Favorecer a interação entre o hospital e a comunidade com o objetivo de provocar uma mudança cultural intensa para garantir um melhor atendimento, elevando a qualidade de vida e evitando, ao máximo, o processo de institucionalização. Levando em consideração as condições físicas e psíquicas dos moradores com possibilidade de autodeterminação, a Comissão propõe a criação de outras modalidades de moradia e assistência como casa, apartamentos, pensões comunitárias, etc. (RIO GRANDE DO SUL, 1993b).

Esta proposta atende ao artigo 12 da Lei de Reforma Psiquiátrica gaúcha, que estabelece:

Aos pacientes asilares, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e que se encontram ao desamparo e dependendo do Estado para sua manutenção, este providenciará atenção integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de sua proveniência (RIO GRANDE DO SUL, 1992b).

Naquela época, algumas propostas de desinstitucionalização estavam em curso no Brasil e no estado, com experiências denominadas de pensões

¹⁵⁴ Na data de 29 e 30 de abril de 1993, no Auditório da Assembléia Legislativa.

protegidas¹⁵⁵ e lares abrigados (FURTADO, 2006), que foram as precursoras dos Serviços Residenciais Terapêuticos. A modalidade de pensão para portadores de transtorno mental já estava pensada na década de 1970, preconizada pelo Inamps¹⁵⁶ como uma forma intermediária entre a internação psiquiátrica e a integração social, na perspectiva de desospitalização dos hospitais psiquiátricos de grande porte. Posteriormente, no Rio Grande do Sul foi aprovada a Lei das Pensões Públicas¹⁵⁷ em 1992, como negociação para aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (DIAS, 1997 a). Estas pensões não chegaram a ser implementadas, visto não terem base política nem técnica¹⁵⁸ que as legitimasse como estratégia de política pública.

No âmbito nacional, a política de saúde mental instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) em 2000, a partir da Portaria do Ministério da Saúde n. 106, que estabeleceu um conjunto de medidas de gestão e financiamento¹⁵⁹ para viabilizar os processos de saída de usuários dos hospitais psiquiátricos sem vínculo familiar ou com precárias condições de inserção social, como uma estratégia de efetivação da reforma psiquiátrica. Esta estratégia, associada ao Programa de Volta para Casa¹⁶⁰, que instituiu o auxílio reabilitação psicossocial para a assistência, acompanhamento e integração social para egressos de longos períodos de internações psiquiátricas, são ferramentas fundamentais para os processos de desinstitucionalização, visto que os hospitais psiquiátricos, assim como o HPSP, estão repletos de sujeitos pobres e sem vínculos afetivos capazes de lhes dar suporte para uma vida na sociedade. Este problema é de grande magnitude, pois há estimativa de que aproximadamente 13.500 moradores ocupantes de 30% dos leitos psiquiátricos no Brasil têm condições de se beneficiarem de SRTs (FURTADO, 2006).

¹⁵⁵ No Rio Grande do Sul a experiência pioneira foi a Pensão Pública Protegida Nova Vida, ver item 3.3.

¹⁵⁶ Manual de Serviço, valorizando a psiquiatria de comunidade para a assistência extra-hospitalar. Resolução n. 304, 1973 (Quadro 4, p. 41).

¹⁵⁷ Lei n. 9.715, 1992.

¹⁵⁸ Um dos aspectos críticos da Lei era a previsão de pensões para 50 internos, o que dificilmente possibilitaria a atenção individualizada e qualificada na perspectiva da inclusão social.

¹⁵⁹ Ver Quadro 14, p. 132.

¹⁶⁰ Lei n. 10.708, de 31/07/2003 e Portaria ministerial n. 2.077, 2003. O Auxílio corresponde a um valor de R\$ 240,00 mensais, com a necessidade de comprometimento do município na tarefa de prover suporte aos beneficiários egressos.

Assim como muitas experiências foram desenvolvidas no Brasil desde a década de 1990¹⁶¹ e no próprio HPSP ao longo de sua trajetória¹⁶², o Programa *São Pedro Cidadão* foi uma proposta de transformação institucional global, adotada como uma ação prioritária do governo na gestão 1999-2002. Desencadeou um conjunto de iniciativas provocadoras do processo de desinstitucionalização e, portanto, de produção de novas práticas possibilitadoras de vida mais digna aos moradores do histórico hospício gaúcho, na visão estratégica da intersectoralidade e da integralidade.

A implementação do *São Pedro Cidadão* foi um desafio de instituir um novo modo de cuidar em condições, muitas vezes, adversas, seja por depender de verbas públicas, seja pela dificuldade de aceitação de propostas transgressoras ao discurso competente, “aquele que pode ser proferido, ouvido e aceito como verdadeiro ou autorizado porque perdeu os laços com o lugar e o tempo de sua origem” (CHAUI, 1993, p. 07). Este é o discurso da razão e da ciência, da tradição e do conservadorismo, sustentador de relações estabelecidas e mantenedoras do *status quo* do saber e posições legitimados na sociedade. Este discurso foi permanentemente utilizado por outro projeto de mudanças no HPSP, cuja proposta, ainda, é de,

[...] transformar o São Pedro num hospital de referência, moderno, com equipamentos eficientes e rápidos para investigação clínica e exames complementares, prestigiado, reconhecido por sua importância na área médico-social, em que os profissionais reconhecem a existência da doença mental e esforçam-se para reduzir o sofrimento de seus portadores (COSTA, 2001, p. 02).

Esta perspectiva visa produzir a humanização das relações entre profissionais e pacientes, e oferecer tecnologia mais avançada para diminuir o sofrimento de ser portador de um transtorno mental. A tensão entre os projetos contrário e favorável à

¹⁶¹ FISCHER (1992), GUIMARÃES; SAEKI (2001), SCARCELLI (2002), MOREIRA; ANDRADE, (2003), NICÁCIO, (2003), ARAÚJO (2004), LOBO (2004), JAEGGER et al (2004), FONSECA (2005), WEYLER; FERNANDES (2005).

¹⁶² Para maiores detalhes ver os Quadros 06, 07, 08, 09 e 10 e 17. Destaca-se uma iniciativa realizada em 1986 na enfermaria Margareth Mahler denominada de “Abrigo Domiciliar para pacientes psicossocialmente crônicos”, desenvolvida durante estágio curricular de Serviço Social, que visava a maior autonomia das moradoras ali institucionalizadas (ZANINI, 1987). A partir deste projeto, a enfermaria passou a desenvolver ações terapêuticas mais individualizadas e de respeito às suas moradoras.

reforma psiquiátrica foi permanente naquele período, e, como já assinalado¹⁶³, continua presente na sociedade gaúcha. Outro elemento desafiante, que esteve presente na implementação do *São Pedro Cidadão*, foi a ocupação de espaços estatais por agentes do movimento da luta antimanicomial, protagonistas da sua elaboração e que ao longo do tempo lutavam pelas necessárias transformações na atenção em saúde mental.

Sair da posição de denúncia e assumir a responsabilidade por uma outra práxis é um desafio enfrentado a toda hora. Entretanto, é necessário ter clareza para não supor que a máquina pública seja neutra, que basta mudar o motorista para que as coisas se dirijam para o lugar que se quer. Não, a máquina pública é pesada quando se espera leve, é rígida quando se precisa de flexibilidade, é linear quando se requer estruturas complexas (ROCHA, 1999, p. 37-38).

O contexto, então, da implementação do São Pedro Cidadão, foi de disputa de projetos e ao mesmo tempo, de desafios postos pela vontade de mudar e de seguir as regras já instituídas do aparato estatal, em ritmos diversos aos requeridos em processos de mudança. Este quadro foi sinalizador dos cuidados necessários para a realização de mudanças que fossem respeitadas com os usuários e profissionais, exigindo uma postura permanente de negociação e de construção de canais de participação, cujo processo todo gerou uma produção¹⁶⁴ significativa, bem como os destaques de experiência inovadora pelo Ministério da Saúde, financiador de dois projetos em convênio com o Reforsus¹⁶⁵ (DIAS et al, 2002 a e 2002b).

A situação dos moradores no HPSP em 1998 era o retrato do abandono e isolamento, com 741 moradores distribuídos em 15 enfermarias (unidades de internação). A maioria do sexo feminino (61,6%), procedentes do interior do estado (60,7%), sem família conhecida (55,1%) e um grupo significativo com família conhecida (31,5%), mas sem condições de fazer visitas ou recebê-los em casa. A faixa etária com maior concentração dos moradores era a de 40 a 59 anos de idade (39,4%) seguida pelo grupo com idade acima dos 60 anos (36,2%). Em relação ao tempo médio de permanência na instituição, a maioria (45,8%) estava com até 09

¹⁶³ Para maiores detalhes ver item 3.3.

¹⁶⁴ MONTEIRO et al. (2000), FRICHEMBRUDER; CRUZ (2001), MENEGASSI et al. (2002), DIAS (2002d), ALVES (2002), NUNES et al. (2003), ENGELMAN (2003), BELINI; HIRDES (2006), OLIVEIRA, R (2006), PAULON et al. (2007).

¹⁶⁵ Projeto Morar, financiamento das primeiras bolsas-auxílio aos moradores que ocuparam as casas na Vila São Pedro, e a pesquisa Seguimento e Avaliação da Reforma Psiquiátrica no HPSP.

anos de internação, seguido pelo grupo com o intervalo de tempo de permanência de 10 a 20 anos (19,4%). Quanto ao acesso a algum tipo de benefício social, um pequeno grupo (17,97%) recebia pensão ou aposentadoria (RIO GRANDE DO SUL, 1998).

Contemplando este diagnóstico da situação dos moradores e as diversas dimensões presentes nos propósitos do São Pedro Cidadão, como a atenção digna, moradia, trabalho, renda e ensino, traçados no ano de 1993, a proposta da Direção do HPSP para a sua implantação foi ampla: Criação do Conselho Gestor de implantação; Projeto Praça, Reformulação das Unidades Hospitalares; Reestruturação da Área de Moradia; Usina de Criatividade e Produção; Área de Ensino e Pesquisa, Dom Bosco e Administração (RIO GRANDE DO SUL, 1999 b).

Inicialmente, a reestruturação da área de moradia consistiria em reformas nas enfermarias, considerando que muitas estavam em condições precárias de habitabilidade, oferecendo riscos aos moradores e trabalhadores. Mas na discussão sobre como radicalizar na mudança, originou-se a proposta de construir casas para moradia dos usuários em área externa ao hospital. Esta radicalização teve o impulso fundamental da vontade expressa de muitos internos do HPSP, como a que procurou o Diretor Geral¹⁶⁶ dias após sua posse em 1999: “Eu não posso morrer aqui. Me disseram que vocês podem me ajudar. Eu preciso ir embora daqui...” (FRICHEMBRUDER et al., 2001, p. 14).

O desejo expresso reflete a situação de pobreza e vulnerabilidade social das pessoas institucionalizadas, pois sem meios próprios para sustentar um novo lugar para morar e sem grupo de referência para ter suporte social, sobra a esperança de alcançá-lo. 86,6% dos moradores desconhecem o destino de suas famílias, e as conhecidas não têm condições de fazer visitas ou recebê-los em casa (RIO GRANDE DO SUL, 1998). Dentre as necessidades implícitas no pedido da moradora está a efetivação do direito à moradia, um dos direitos humanos inscrito na Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, no seu artigo 25: “Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família

¹⁶⁶ Dr. Régis Antônio Campos Cruz.

saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis” (ONU, 1948).

No Brasil, o direito à moradia foi considerado direito social através da Emenda Constitucional n. 26, de 14 de fevereiro de 2000, em seu artigo 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer a segurança, a moradia, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. Portanto, somente a partir desta recente data, é considerado o dever do Estado na garantia do acesso à moradia através de políticas públicas habitacionais. Mas a habitação está intrinsecamente relacionada à propriedade da terra, um dos pilares da histórica desigualdade social no Brasil. A constituição inicial da sociedade brasileira revela que o exercício da cidadania civil foi obstaculizado por três fatores: a escravidão, a grande propriedade rural e um Estado comprometido com os interesses privados. Esta situação que torna o Brasil a terra da cidadania inconclusa (CARVALHO, 2004), pois a presença de alguns direitos não garante que todos sejam considerados.

No país, o acesso a terra através da compra foi legalmente definido em 1850, substituindo o regime de posses até então vigente; desde então, um conjunto de legislações foi se constituindo, dentre elas as que estabelecem parâmetros de ocupação nas cidades, gerando valores diferenciados da terra, conforme sua localização geográfica. Esta situação criou a segregação territorial, dividindo as cidades em zonas valorizadas, com infra-estrutura urbana, “a cidade formal, legal e urbanizada, e a cidade informal, ilegal e desprovida de infra-estrutura [...]” (RELATÓRIO, 2003, p. 03) evidenciando a premência da elaboração “de uma política urbana que vise a inclusão social e territorial da população, tendo como meta a regularização fundiária¹⁶⁷ e a urbanização dos assentamentos de baixa renda” (RELATÓRIO, 2003, p. 03).

Portanto, se para o conjunto da população o não acesso à habitação é um grande obstáculo para a efetivação de seus direitos, mais difícil é para aqueles institucionalizados. O desafio então, foi criar meios para viabilizar moradia. Por tratar-se de proposta estatal, se fez necessária a busca de meios próprios para

¹⁶⁷ Legalização e urbanização e integração do conjunto de serviços públicos e comunitários (BORGES, 2004).

viabilizar as moradias externas¹⁶⁸, e após vários esforços de busca de terrenos do estado, a alternativa existente foi aproveitar uma área pública existente no mesmo quarteirão e nos fundos do HPSP, com acesso pela Avenida Ipiranga, onde se formou uma vila, de forma irregular, há muitas décadas. A estratégia adotada foi, então, a interação com a política habitacional pública cujo propósito era realizar a reforma urbana, integrando o programa São Pedro Cidadão com o programa de Regularização Fundiária do governo estadual¹⁶⁹ em desenvolvimento na Vila São Pedro.

Esta tem sido uma possibilidade nas experiências de dispositivos residenciais, que tanto têm sido executadas na própria área física de hospitais (MILAGRES, 2002; FONSECA, 2005), como em bairros residenciais, “[...] que muitas vezes pode ser feito nas bordas do próprio terreno da instituição, dada a expansão da ocupação urbana” (VASCONCELOS, 2000, p. 117). Assim, o serviço Morada São Pedro¹⁷⁰ foi criado nas bordas do HPSP, com a projeção de construção de um condomínio residencial para receber, numa primeira etapa, 144 usuários do Hospital e 450 residentes da Vila São Pedro, procurando “minimizar duas formas de exclusão, a saber: a que obriga milhões de pessoas a morar nas cidades sem acesso à legalização da terra, infra-estrutura e serviços, e a que confina nos hospitais psiquiátricos os portadores de sofrimento psíquico (CABRAL; BELLOC, 2004, p. 114).

A Vila São Pedro é constituída por famílias que vivem do pequeno comércio e como catadores de materiais recicláveis, com a fama de abrigar pessoas que cometem delitos, como tráfico de drogas e desmanche de veículos,

É nesse espaço, comprimido em meio a tantas instituições imponentes no entorno – como um grande shopping, o manicômio mais antigo da cidade, o Instituto Psiquiátrico Forense, uma delegacia da polícia civil, um quartel da polícia militar e outro do exército, uma Igreja, além de três avenidas com grande fluxo de veículos que ligam vários pontos da cidade - que o “os loucos perigosos” recém saídos do manicômio tiveram que se haver com os perigosos da vila, que também como os loucos do

¹⁶⁸ Outras possibilidades de moradia a ex-usuárias foram proporcionadas pela política municipal de habitação através do DEMHAB, Porto Alegre.

¹⁶⁹ Secretaria Especial de Habitação.

¹⁷⁰ O Projeto foi elaborado para a construção de 91 casas, 55 para os residentes da Vila São Pedro e 36 para os moradores do HPSP. Esta fase desdobrou-se em dois momentos, sendo a primeira de construção de 27 casas para 84 moradores do HPSP e 30 para os habitantes da Vila São Pedro. Esta fase foi concretizada e não houve a conclusão do condomínio residencial.

manicômio encontram dificuldade de inserção não-marginal no contexto da cidade contemporânea (JARDIM et al. 2005, p. 03).

O apelido da Vila São Pedro é Vila Cachorro Sentado, revelando o desprestígio e desvalia que tem na cidade, o que certamente reflete na auto-estima de seus residentes. Mas é típica da urbanização capitalista a troca de nome de parte das cidades, por produzir,

[...] zonas e bairros excluídos em termos simbólicos e/ou materiais daquilo que se compreende como a cidade, processo concretizado por meio de signos que identificam e promovem ideais que projetam na consciência social e dos indivíduos a visão – paisagem – de que tais espaços não fazem parte da cidade ou formam uma “outra” cidade (FERNANDES, 2006, p. 199).

Um amplo processo de discussão e participação, de sensibilização entre os trabalhadores e os moradores¹⁷¹, capacitação¹⁷² e qualificação profissional, criação de dispositivos internos produtores de autonomia dos usuários (Casas de Passagem e de Transição), de ensino¹⁷³, de geração de renda¹⁷⁴ e de interação com os moradores da Vila São Pedro foram desenvolvidos no período da gestão (FRICHEMBRUDER et al., 2001; ALVES, 2002; MENEGASSI, 2002; JARDIM et al., 2004; PAULON et al, 2007). A referência central desta proposição foi o novo dispositivo de inserção social criado, os Serviços Residenciais Terapêuticos, que na portaria ministerial n. 106 de 2000, artigo 1º, parágrafo único, definiu-os como “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social” (BRASIL, 2004, p. 100).

¹⁷¹ A pesquisa Qualidade de Vida dos Moradores Institucionalizados no HPSP realizada no período de 19/05 a 15/07/2000 detectou que dos 682 moradores institucionalizados, 212 apresentam capacidade de auto-cuidado como higiene pessoal e do ambiente, sendo que 85 moradores desejam integrar-se ao projeto de implantação de moradias extra-hospitalares (RIO GRANDE DO SUL, 2000).

¹⁷² A Escola de Saúde Pública, da SES, realizou o Curso Básico de Qualificação para o Acompanhante Terapêutico, uma modalidade clínica que se utiliza do espaço público da cultura como dispositivo para o ato terapêutico (CABRAL; BELLOC, 2004). O Curso teve a duração de oito meses em três edições, 2000 a 2003, atingindo 120 trabalhadores e 30 serviços de saúde dos municípios da macrorregião metropolitana e abrigos de proteção especial da Secretaria do Trabalho, Cidadania e Ação Social (PALOMBINI, 2004).

¹⁷³ Ingresso de moradores nos programas da área de educação Movimento pela Alfabetização (MOVA) e ensino de jovens e adultos (EJA).

¹⁷⁴ Valorização e ampliação das atividades já existentes com o apoio do programa Coletivos de Trabalho, da Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social (STACS) e do DMLU.

Esta modalidade de atenção, construída a partir de várias experiências no país para oferecer respostas dignas aos institucionalizados nos hospitais psiquiátricos, criou uma referência teórica e técnica de viabilização da proposta de residências extra-muros para os moradores no HPSP. A definição dos SRT deixa claro que se trata de uma modalidade institucional de saúde para a inclusão social de sujeitos que, por longos anos de suas vidas, por serem portadores de um transtorno mental, foram segregados e isolados da sociedade.

A expressão inclusão social aqui adotada não está impregnada de sentido ingênuo e elitista, de que a simples convivência com outros grupos sociais, ou seja, o convívio na cidade represente uma inclusão efetiva e consistente, situação esta de viés idealista. A expressão está fazendo uma referência à condição básica de vida de sujeitos, que como seres sociais, têm como pré-condição o convívio, a troca, o conflito que, por conseguinte, constrói e consolida uma determinada sociedade. Portanto, a expressão inclusão social está indicando a situação do seu oposto, exclusão da sociedade por ser portador de uma determinada patologia.

O investimento financeiro para a manutenção dos SRTs foi estabelecido como sendo a conversão do financiamento da internação hospitalar do SUS para o estado ou município responsável pelo serviço, como definiu o artigo 2º da portaria:

A cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2004, p. 100).

Esta medida é fundamental para a garantia da permanência de recursos públicos na política de saúde mental, risco existente de que ao se fechar hospitais psiquiátricos ou reduzir seus leitos, o respectivo financiamento acabe sendo direcionado a outras ações de saúde, e as propostas da reforma psiquiátrica se transformem em facilitadoras da desresponsabilização do Estado.

Os dispositivos e serviços residenciais, principalmente aqueles que implicam a aquisição de patrimônios físicos, constituem uma estratégia fundamental de conversão e deslocamento dos recursos investidos nos asilos para a rede social mais ampla, sem o risco de uma forte volatilização em recursos sem tangibilidade física, facilmente deslocáveis para outros investimentos públicos mais prioritários (VASCONCELOS, 2000, p. 99).

O serviço Morada São Pedro não pode utilizar esta modalidade de financiamento para o seu custeio, visto o HPSP não possuir mais as AIH na área asilar, como já exposto¹⁷⁵, tendo ficado definido que até a criação de outra fonte federal, o governo continuaria provendo os meios através do orçamento do Tesouro do Estado. No aspecto da construção do condomínio, a decisão tomada foi de direcionar parte das verbas orçadas para reforma de áreas físicas do hospital, equivalente ao número de beneficiados no projeto, agregando orçamento da Secretaria Especial da Habitação para a construção do condomínio residencial.

Esta decisão precisou ser defendida a partir do conceito da saúde coletiva, pois o Tribunal de Contas do Estado apontou a SES por ter utilizado verba da saúde em despesa do setor habitacional. Conforme preconiza o artigo 3º da lei 8.080, de 1990: “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990).

A situação exposta revela os desafios dos projetos de transformação de um modo já cristalizado de ordenamento jurídico, legitimamente representando os consensos já estabelecidos na sociedade, mas que ainda precisam ter a flexibilidade requerida para contemplar a diversidade das necessidades humanas, no caso, sujeitos portadores de transtornos mentais mais graves que requerem cuidados específicos. Este é um dos desafios da desinstitucionalização, pois ainda que os sujeitos nestas situações de maior gravidade sejam a menor parcela dentre os que têm transtornos mentais é a que requer maior necessidade de cuidados permanentes e constantes, gerando maior sobrecarga aos serviços e seus trabalhadores (BANDEIRA; LESAGE; MORISSETE, 1994) e, conseqüentemente, com necessidade de investimento compatível a estas necessidades. Mas é preciso ultrapassar a resposta já conhecida e legitimada socialmente, de que já existe um lugar para estes indivíduos, qual seja o hospital psiquiátrico ou manicômio, não sendo necessários investimentos e esforços para a inovação. Pois,

¹⁷⁵ Para maiores detalhes ver item 3.3.

[...] pode-se constatar que mesmo pacientes que seriam considerados psiquiatricamente bastante comprometidos pela ciência acadêmica vigente podem viver num clima de liberdade, autonomia e consideração mútua, dependendo apenas de que se lhes respeite a condição de seres humanos. [...] são pessoas que vivem experiências difíceis, doloridas, dilacerantes, experiências que, na maior parte das vezes, não encontram uma alocação possível na esfera gregária do sujeito e que resistem às formas de comunicação pelos códigos partilhados. Mas que, nem por isso, são menos humanas, menos passíveis de reconhecimento e de solidariedade (NAFFAH NETO, 2006, p. 5).

Torna-se então um desafio ético para a sociedade assumir posições de garantir cuidados necessários e imprescindíveis àqueles com maiores vulnerabilidades. O projeto Morada São Pedro é a expressão desta posição, no entendimento de que *morar* é uma das instâncias sociais (FERREIRA, 1996) capaz de possibilitar uma outra condição de vida a estes usuários, é uma ponte para a realização da existência. Para isto ocorrer faz-se necessária a mediação de uma estratégia que viabilize a aprendizagem para a retomada da vida cotidiana e, provavelmente, para a formulação de projetos de vida, embotada pelo confinamento manicomial.

Esta estratégia é a reabilitação psicossocial, que visa proporcionar àqueles com prejuízos importantes decorrentes do transtorno mental, o “aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade” (PITTA, 1996, p. 9). Como indicado no artigo 4º da portaria 106, de 2000, a equipe profissional de cada serviço deve elaborar seu projeto terapêutico com o objetivo de oferecer ao usuário

Um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários [...] respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário (BRASIL, 2004, p. 101).

O tempo da gestão não foi suficiente para a conclusão de todas as etapas previstas e no final do período, em 30 de dezembro de 2002, foi oficialmente inaugurado o condomínio residencial, com alguns residentes da Vila São Pedro recebendo suas casas e,

[...] oito pacientes do Hospital Psiquiátrico São Pedro reuniram seus poucos pertences, tanto os que restaram após anos de internação como os recém

adquiridos para o “enxoval” da casa nova, e ocuparam as quatro primeiras moradias que, àquelas alturas, já tinham cores, nomes e distribuições largamente debatidas nos eventos preparatórios àquele grande dia (PAULON et al., 2007, p. 14).

Deste modo, após um longo processo de elaboração, construção e preparação teve início uma estratégia fundamental para a desinstitucionalização: sujeitos institucionalizados num manicômio passam a viver em condições de usufruir do direito de ir e vir, de escolher seus modos particulares de existência, com poder sobre o seu cotidiano, compartilhando afetos e trocas com liberdade. Pois agora a “ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no projeto de invenção de saúde e de reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p. 30).

Na seqüência, o Morada São Pedro teve um primeiro momento de risco sobre sua continuidades com a alteração da correlação de forças advinda da troca de governo. O suporte construído para o acompanhamento dos usuários, apoio aos trabalhadores e de interação com os residentes da Vila São Pedro foi interrompido, e a expressão desta descontinuidade foi a ocorrência de um assalto na casa destinada às atividades da vida diária. “Ao sentimento de insegurança, solidão e desamparo de todos os cuidadores, sobrepôs-se a garra pela sobrevivência do Projeto, o impulso da continuidade, o desejo de concretização de tantos sonhos que aquelas casas representavam” (PAULON et al., 2007, p. 18).

Este e outros acontecimentos geraram uma forte reação entre os segmentos da sociedade envolvidos e interessados neste tema, acionados pelos trabalhadores e moradores da Vila São Pedro, procurando formas de garantir a continuidade do projeto para sua futura consolidação. Para ilustrar este momento, reproduz-se parte da manifestação de um dirigente da Associação dos Moradores da Vila São Pedro, realizada em audiência pública na Comissão de Cidadania e Direitos Humanos da Assembléia Legislativa, cuja pauta da reunião ordinária foi Morada São Pedro, Problemas e Perspectivas.

Fui contemplado e moro junto com os ex-pacientes do Hospital Psiquiátrico São Pedro, com o projeto Morada São Pedro. Sou morador da Rua J na qual sou vizinho deste pessoal. Batalhamos com bastante garra, bastante luta com os demais colegas e venho batalhando para implementar e dar continuidade e extensão ao projeto Morada São Pedro que foi uma luta árdua, recebemos bastante críticas de algumas classes e estamos lá. Esta é a nossa batalha e continuamos de novo apoiando tanto eles como

nós, porque eles como excluídos do hospital e nós, de uma forma geral, excluídos pela Vila (RIO GRANDE DO SUL, 2003b).

O Morada São Pedro permanece até hoje nas mesmas condições de quando inaugurado, ou seja, não houve a conclusão de todo o condomínio conforme previsto, nem a urbanização e regularização fundiária em toda a Vila São Pedro, permanecendo um contingente de seus originários residentes morando em condições de habitabilidade diferenciada daqueles que já estão de posse de suas casas, assim como não houve ingresso significativo de novos egressos do HPSP.

Trata-se de um longo processo, um vasto mundo, marcado pela busca do tratamento adequado e acessível e da autonomia possível dos usuários e trabalhadores dos serviços públicos. A autonomia como tarefa maior, como desafio posto pela construção da sociedade democrática: o feito e o por fazer (DELGADO, 2001, p. 289).

Pelas características de ineditismo deste projeto no campo da saúde mental no Rio Grande do Sul, esta pesquisa tem o interesse de verificar se houve mudanças significativas na vida daqueles que tiveram a oportunidade de morar fora dos muros do hospital psiquiátrico, se houve as condições de serem considerados sujeitos de direitos, e capazes de viver com dignidade. Inicialmente, então, se procederá à apresentação dos procedimentos metodológicos desenvolvidos no processo da investigação, para posteriormente, ser realizada a discussão analítica explicativa dos resultados.

4.2 A CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA

O projeto de pesquisa¹⁷⁶ foi elaborado no ano de 2002 com o propósito de avaliar a efetividade do projeto Morada São Pedro em produzir a desinstitucionalização e a garantia dos direitos dos seus usuários. Por tratar-se de pesquisa com seres humanos, foi solicitada autorização ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP)¹⁷⁷, que de acordo com a legislação (BRASIL, 2002a), tem a responsabilidade de avaliar riscos decorrentes de pesquisa à população. O delineamento da pesquisa escolhido tem risco mínimo de

¹⁷⁶ Originalmente denominado Do Hospício para a Inclusão Social, aprovado pela Unisinos para ser desenvolvido pela autora como pesquisadora da instituição, e para fins de seleção no Programa de Pós-Graduação Doutorado em Serviço Social na PUCRS.

¹⁷⁷ Autorização obtida em 26/05/ 2003, constante no Anexo A.

dano, mas mesmo assim é necessário o consentimento dos pesquisados¹⁷⁸, de modo a garantir sua voluntariedade e entendimento do alcance social do estudo investigativo.

A pesquisa realizou-se na perspectiva dialético-crítico através de um conjunto de técnicas quantitativas e qualitativas. A inspiração na produção de Marx, de concepção materialista histórica e dialética, deve-se a consideração do movimento contraditório presente na história do desenvolvimento da humanidade e na produção das relações econômicas e sociais.

O método de Marx, “com seu cariz ontológico, sua radicalidade histórico-crítica e seus procedimentos categorial-articuladores” (NETTO, 1993, p. 37), é uma fonte rigorosa de análise da lógica capitalista, e, por conseguinte, de análise do campo da saúde mental. Ao examinar a mercadoria como elemento fundamental da produção capitalista, Marx o faz considerando os princípios da totalidade e contradição, que se articulam de modo indissolúvel, mas não perdendo sua identidade própria.

O princípio da totalidade significa que a natureza se apresenta como um todo coerente onde objetos e fenômenos são ligados entre si, condicionando-se reciprocamente. O método crítico-dialético leva em conta essa ação recíproca e examina os objetos e fenômenos buscando entendê-los numa totalidade concreta. Ao mesmo tempo em que vê a realidade objetiva como um todo coerente, compreende e avalia as partes do todo formando correlações concretas de conjuntos e unidades sempre determinadas (MINAYO, 1993).

O princípio da contradição ou unidade e luta dos contrários significa que a transformação das coisas só é possível porque no seu próprio interior coexistem forças opostas, tendendo simultaneamente à unidade e à oposição. A contradição, que é universal, inerente a todas as coisas materiais e espirituais é a essência ou a lei fundamental da dialética. Os elementos contraditórios, unidade e oposição, coexistem numa realidade estruturada, e a existência de um está diretamente relacionada à existência do outro.

¹⁷⁸ Os termos de Consentimento Livre e Esclarecido para os diversos momentos e sujeitos da pesquisa constam nos Apêndices B, C e D.

A perspectiva teórico-metodológica marxiana é fecunda na capacidade de desvelar o conteúdo não manifesto aparente da realidade. Como no campo da saúde, contexto dinâmico e amplo, repleto de múltiplos interesses e determinações, que passam pelo campo cultural, científico, econômico e político. Nesse sentido, acontecimentos que podem parecer num primeiro momento inovações e resultados de lutas de alguns segmentos da sociedade, ao analisar-se com maior profundidade suas condições concretas de realização, descobre-se que determinações econômicas e políticas indicando tal mudança já estavam presentes na história.

Esse movimento contraditório permeia a sociedade, onde emergem forças sociais que passam a se articular numa pauta de reivindicações de construção de cidadania. O momento histórico em que se desenvolvem tais avanços é o mesmo em que há uma profunda mudança no campo econômico e político no país, como reflexo do reordenamento do capitalismo, no âmbito dos países desenvolvidos.

A pesquisa pretende mostrar as faces possíveis de se traduzir expressões da totalidade da questão da saúde mental, faces estas que revelam as contradições existentes neste campo. A pesquisa não poderá mostrar toda a realidade, visto sua complexidade e dinamismo próprio, mas certamente poderá colaborar na sua apreensão mais qualificada. Para isto, a perspectiva materialista histórica e dialética é a mais apropriada, por se constituir numa

[...] postura, ou concepção de mundo; enquanto um método que permite uma apreensão radical (que vai à raiz) da realidade e, enquanto práxis, isto é, unidade de teoria e prática na busca da transformação e de novas sínteses no plano do conhecimento e no plano da realidade histórica (FRIGOTTO, 1991, p. 75).

A processualidade dos movimentos contraditórios em diferentes estágios da vida social traduz-se na historicidade, outra categoria central neste estudo. As mudanças nas sociedades são permanentes, sendo importante verificar os rumos que estas provocam em relação a determinados temas. O interesse no tema da reforma psiquiátrica é uma consequência da inserção profissional e política nesta área por duas décadas, pois,

No momento em que estabelecemos o desenho da pesquisa, em que buscamos os sujeitos que dela participarão, estamos certamente apoiados em um projeto político singular que se articula a projetos mais

amplos e que, em última análise, relaciona-se até mesmo com o projeto de sociedade pelo qual lutamos (MARTINELLI, 2003, p. 26).

O tema deste estudo foi definido como a reforma psiquiátrica brasileira e a efetivação dos direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do Projeto Morada São Pedro. As questões de pesquisa foram definidas procurando contemplar algumas das dimensões deste tema: de que modo os propósitos da Reforma Psiquiátrica no Brasil foram contemplados nos processos da Reforma Sanitária e no debate sobre a Reforma do Estado? Qual é o estado da arte da reforma psiquiátrica brasileira? As mudanças ocorridas na vida dos portadores de transtorno mental a partir da sua saída do Hospital Psiquiátrico São Pedro para o Projeto Morada São Pedro, possibilitou a garantia de seus direitos e a autonomia na vida diária?

A técnica da análise documental foi utilizada para contemplar as duas primeiras questões norteadoras, de modo a se verificar as conexões valorativas e históricas das categorias explicativas da realidade quais sejam, direitos, política social, desinstitucionalização e autonomia com o propósito de detectar as contradições e os posicionamentos relativos ao tema. O material para análise foi formado pelos documentos dos organismos responsáveis pela política de saúde mental no âmbito nacional, Ministério da Saúde; âmbito estadual na Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, e no âmbito internacional, da Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, bem como teses e dissertações sobre o tema, através de busca nos bancos de teses dos descritores Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização¹⁷⁹.

Para a terceira e última questão norteadora da pesquisa, relevante para verificar se a realidade vivenciada pelos moradores durante vários anos na instituição hospitalar, geradora de despersonalização e de sujeição à ordem institucional, alterou-se com a mudança para um serviço criado para produzir saúde e dignidade de vida, utilizou-se do desenho investigativo quase-experimento, integrante dos “estudos que analisam variáveis a partir de um fator introduzido ou alterado em suas condições habituais na amostra observada” (GOLDIM, 2000a, p. 72). Esta escolha foi tomada para ser possível a comparação das condições de

¹⁷⁹ Este trabalho gerou um arquivo formado por 261 produções, entre teses e dissertações.

habilidades da vida diária dos usuários quando ainda moradores das unidades de internação do HPSP e quando moradores do Morada São Pedro.

A comparação é uma forma eficaz de verificar a ocorrência de alterações de comportamentos num determinado espaço de tempo, e foi possível concretizá-la pelo fato de que no transcurso do processo de realização do *São Pedro Cidadão*, houve oportunidade de realização da pesquisa Seguimento e Avaliação da Reforma Psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico São Pedro¹⁸⁰ (DIAS et al, 2002c; WAGNER et al, 2006). Este estudo pesquisou as condições de sintomatologia psiquiátrica, qualidade de vida e comportamento social da população institucionalizada do HPSP quando foram aplicadas quatro escalas¹⁸¹ correspondentes, entre elas o Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS) para medir a autonomia.

Este desenho investigativo é próprio da abordagem quantitativa, muito freqüente na avaliação de programas e projetos sociais, para medir o alcance dos seus propósitos e expressá-los sob forma estatística (MINAYO et al, 2005). Para além da natureza positivista desta abordagem, está se considerando que um dos princípios presentes no espaço da totalidade e da contradição é o da mudança qualitativa. A transformação das coisas não se realiza num processo circular de permanente repetição, mas num movimento espiral de negação e superação de uma fase por outra, possíveis pelas suas condições objetivas e históricas.

A análise histórica do conhecimento, em contato com o real, forja os instrumentos, as formas objetivas do conhecimento, as formas do imenso conteúdo da vida (...) as formas verdadeiras do pensamento, isto é, aquelas que correspondem ao conteúdo objetivo (LEFÈBVRE, 1991, p. 85).

A outra técnica de pesquisa utilizada para esta questão norteadora foi a entrevista semi-estruturada com os usuários e os dirigentes do Projeto Morada São Pedro, com o propósito de detectar suas percepções sobre a desinstitucionalização no Morada São Pedro, com um roteiro específico para cada

¹⁸⁰ Pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde em convênio com o BID, projeto Reforsus. Estudo semelhante foi realizado no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM), Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (ABELHA et al, 2006). Ambos os projetos foram propostos e assessorados pelo Dr. Manuel Desviat do Instituto Psiquiátrico e de Serviços de Saúde Mental José Germain – Madri, Espanha.

¹⁸¹ Qualidade de vida, medida pelo World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQOL-brief); Sintomatologia psiquiátrica, medida pelo Brief Psychiatric Scale (BPRS-A); Comportamento social, medido pela Social Behavior Schedule (SBS).

grupo. O roteiro utilizado foi o do tipo episódico (FLICK, 2004), por considerar o cotidiano e a vivência de determinadas situações. Esta técnica, como a de análise documental, é própria da abordagem qualitativa, que neste estudo corresponde ao delineamento de pesquisa explicativa pelo seu caráter de “identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência de fenômenos” (GIL, 1993, p. 46). É uma pesquisa qualitativa, na medida em que tem como premissas a historicidade social, a complexidade e antagonismos presentes no fenômeno estudado (MINAYO, 2000).

A adoção das abordagens quantitativa e qualitativa, na relação de “complementaridade e de articulação” (MARTINELLI, 2003, p. 27) teve como propósito uma aproximação da totalidade do fenômeno estudado, pois “a investigação tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento, e de perquirir a conexão íntima que há entre elas” (MARX, 1994, p.16).

No delineamento adotado, foi utilizada a amostra não probabilística denominada intencional (GOLDIM, 2000a) ou por julgamento (OLIVEIRA, 2001), uma vez que os próprios residentes e os trabalhadores do Morada São Pedro são os sujeitos mais indicados para serem a fonte de informação qualificada para o propósito da pesquisa, com a estimativa de adesão mínima de 70% dos usuários do Morada.

Cabe uma maior exposição sobre a escala inventário de habilidades de vida independente (ILSS), visto a mesma ser pouco utilizada na área de serviço social. É uma escala de avaliação elaborada por Wallace (DIAS et al, 2002c), traduzida do inglês Independent Living Skills Survey. O estudo de validação e confiabilidade foi realizado por Lima et al (2003) no IMASJM para aplicação dessa escala em pacientes de longa permanência em instituições e é de domínio público. A escala ILSS possui nove (9) domínios: alimentação, cuidados pessoais, atividades domésticas, preparo para o armazenamento dos alimentos, saúde, administração do dinheiro, transporte, lazer e emprego, distribuídos em 84 itens (Anexo B).

A frequência da ocorrência do comportamento é medido como nunca (0), algumas vezes (1), com frequência (2), na maioria das vezes (3) e sempre (4),

correspondente ao período do último mês em relação à data da aplicação do questionário. A escala consiste num questionário de avaliação indireta, sendo sua aplicação feita através de entrevistas com os profissionais responsáveis pelo acompanhamento dos sujeitos institucionalizados.

Há controvérsias no uso desta escala, pois há a perspectiva de que a mesma pressupõe a competência como condição para a autonomia, e por isto, está imbuída de caráter moral (DELGADO, 2006). Contudo, questionários são instrumentos de pesquisa padronizados muito úteis quando se precisa captar a “presença ou ausência de determinada característica ou atributo no indivíduo, permitindo medir a magnitude com que essa característica ou atributo se distribui naquele grupo” (SOUZA et al., 2005, p. 133).

Ainda são restritos os estudos em população institucionalizada com o uso destas escalas (GONÇALVES, 2001; ABELHA et al, 2006; BANDEIRA et al., 2003; WAGNER et al, 2006), mas seus resultados podem ser importantes ferramentas no planejamento de novos dispositivos para atender este público de forma mais individualizada, considerando-se suas necessidades.

[...] medidas e escalas para mensuração do perfil clínico e do funcionamento social de usuários de serviços que, mesmo polêmicas, podem ser importantes para a avaliação e classificação de grupos de clientela candidatas a ser deslocadas para dispositivos residenciais. Assim, podem se tornar ferramentas importantes no planejamento de políticas de reinserção de usuários asilados nesses novos serviços (VASCONCELOS, 2000, p. 112).

Neste caso, esta escala possibilitou uma avaliação do alcance dos propósitos do Morada São Pedro. A entrada no campo de pesquisa ocorreu em dois momentos distintos. No primeiro momento, em 2003, quando inicialmente houve a preparação das condições para a coleta de dados. Formalmente houve a apresentação do projeto à direção do HPSP e à coordenação e trabalhadores do Morada, quando foram identificados os usuários residentes. Com esta informação buscou-se, com a devida autorização, os questionários preenchidos na pesquisa de 2002, para seus dados serem sistematizados e formarem a base para a comparação das variáveis dos mesmos sujeitos da pesquisa no intervalo de dois anos, uma vez que “o uso de escalas estandardizadas aumenta a confiabilidade e comparabilidade dos dados, é mais rápido e fácil de usar” (VASCONCELOS, 1995, p. 195).

Posteriormente, foram tomadas providências para a obtenção do consentimento livre e esclarecido, quando constatou-se que a maioria dos usuários são interditados. Foi preciso ser feita uma consulta na Assessoria Jurídica do Hospital para obtenção de dados fidedignos quanto ao número de usuários em situação de interdição civil. Constatou-se que dos 46 (quarenta e seis) usuários integrantes do Projeto Morada São Pedro naquele momento, somente 03 (três) não estavam interditados e 40 (quarenta) tinham participado da pesquisa de 2002, requisito para serem incluídos na atual pesquisa. Entre os usuários interditados, a sua maioria (trinta e três) tinham como curador servidores¹⁸² do Hospital, e por ser este o grupo maior, foram os escolhidos para serem convidados a participarem da pesquisa, junto com os três não interditos.

Realizou-se uma apresentação do projeto aos curadores e com a concordância dos mesmos, os termos de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) foram assinados em duas vias, ficando uma via com o responsável e outra com a pesquisadora, tendo o mesmo procedimento sido realizado com os usuários não interditados. A conclusão deste processo ocorreu no mês de dezembro de 2003.

Definiu-se a amostra em 30 (trinta) sujeitos de pesquisa, sendo vinte e três mulheres e sete homens, correspondendo a 75% do universo de 40 moradores que preenchiam os critérios para esta investigação: ter participado da pesquisa em 2002 e ser usuário do Morada São Pedro. No período seguinte¹⁸³ a coleta de dados foi organizada através do agendamento de entrevistas com as cuidadoras, profissionais responsáveis pelo acompanhamento dos mesmos no serviço. Naquele momento o corpo de funcionários diurno era formado por dezessete profissionais. A forma de escolher a entrevistada e conseqüentemente, os usuários correspondentes, seguiu a aleatoriedade: as entrevistas foram sendo marcadas com as trabalhadoras com maior disponibilidade de tempo até se atingir o tamanho da amostra definido.

¹⁸² Nos últimos anos o Ministério Público e o Poder Judiciário começaram a indicar preferencialmente o diretor do HPSP como curador dos usuários interditados. Ainda há situações de funcionários serem os curadores. Neste caso, alguns permaneciam com o antigo Diretor, e os demais, com o Diretor deste período de gestão.

¹⁸³ No ano de 2004 a pesquisa passou a contar com o apoio de uma bolsista de iniciação científica da FAPERGS.

A segunda entrada em campo foi no ano de 2006 para a realização das entrevistas semi-estruturadas, que têm como objetivo a “compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos” (GASKELL, 2004, p. 65). As mesmas foram realizadas com três gestoras¹⁸⁴: a Diretora da área a que se vincula o serviço Morada, a coordenadora em exercício e a que exerceu a função nos seus três primeiros anos. O roteiro ou tópico guia (GASKELL, 2004) para a entrevista com as gestoras foi o apresentado no Quadro 18.

Significado atribuído ao Morada São Pedro na política de saúde mental.
Identificação de instrumentos legais que definem os direitos dos usuários.
Percepção sobre a efetivação de direitos dos usuários no Morada São Pedro.
Identificação dos instrumentos e/ou equipamentos utilizados para ampliação das condições de inclusão social dos usuários.
Locais da cidade mais utilizados pelos mesmos.
Informações sobre o orçamento anual e as principais fontes de financiamento do Morada São Pedro.
Informações sobre como os usuários custeiam suas necessidades materiais.
Conseqüências da interdição civil na vida dos usuários.

Quadro 18 - Roteiro da entrevista semi-estruturada com os gestores do Morada São Pedro

Fonte: Autora (2007)

Do mesmo modo, foi o momento de realizar as entrevistas nos mesmos moldes com os usuários, pois se as escalas são eficientes para a comparação de atributos, não conseguem “captar aspectos psicossociais, políticos, culturais e simbólicos importantes da relação clientela-serviço”, por isso a importância da “combinação de métodos quantitativos e qualitativos” (VASCONCELOS, 1995, p.195). Num primeiro momento, houve a participação na assembléia geral do serviço, combinada com a coordenação do serviço, quando foi apresentado o objetivo da pesquisa e feito o convite para participarem. Dos presentes, onze manifestaram vontade de colaborar, cujos nomes foram registrados e posteriormente, procurados para a realização das entrevistas.

¹⁸⁴ No Apêndice C está o Consentimento Livre e Esclarecido.

O planejamento foi de realizar seis entrevistas, correspondendo a 20% do universo dos sujeitos pesquisados pela escala ILSS, contudo, devido às circunstâncias do interesse despertado, realizaram-se oito entrevistas (27%). A escolha dos mesmos seguiu o critério de disponibilidade de tempo, ou seja, nas idas a campo procurava-se os usuários já inscritos e quem estava no Morada era convidado. No momento da entrevista¹⁸⁵ foi apresentado o CILE¹⁸⁶ diretamente aos usuários, sendo solicitada sua confirmação para a participação na pesquisa com a assinatura no documento ou marcação digital no mesmo, assim como a autorização para a gravação da mesma. Considerando que anteriormente já havia uma autorização dos curadores para a realização da pesquisa, entendeu-se que no momento da entrevista, ou seja, da relação direta com os usuários, estes deveriam ser os autores da adesão.

A entrevista tinha início com a apresentação do objetivo da pesquisa, leitura do CILE e assinatura, e após era feito um preâmbulo através da seguinte frase: Vocês moraram por um longo tempo no Hospital Psiquiátrico São Pedro, e em dezembro de 2002 se mudaram para o Morada São Pedro. A partir desta situação, se iniciava o diálogo a partir do roteiro, exposto no Quadro 19.

O motivo da criação do Morada São Pedro.
Diferenças percebidas na vida a partir da mudança.
O que gostam e o que não gostam no Morada São Pedro.
Suas opiniões e escolhas são consideradas pelos integrantes do Morada.
Nomear os locais da cidade que circulam.
No que gastam seus rendimentos.
O que quer dizer ter direitos.
O que significa estar sob interdição civil.

Quadro 19 - Roteiro da entrevista semi-estruturada com os usuários do Morada São Pedro

Fonte: Autora (2007)

¹⁸⁵ A realização das entrevistas contou com a colaboração de estudantes do Curso de Psicologia da Unisinos.

¹⁸⁶ Apêndice C.

No momento da análise dos dados da pesquisa operou-se com a triangulação, “estratégia de investigação voltada para a combinação de métodos e técnicas” (MINAYO et al., 2005, p. 15) e teve como referência as categorias de análise do método dialético-crítico e as categorias explicativas da realidade direitos, política social, desinstitucionalização e autonomia. A análise dos dados primários realizou-se através dos seguintes momentos: ordenação dos dados, com o tratamento estatístico dos dados quantitativos, transcrição das entrevistas para o mapeamento do material coletado; classificação dos dados a partir das categorias de análise e operacionais; e por fim, a análise final, com o estabelecimento das conexões teóricas com os achados, tendo com eixo condutor as variáveis dos domínios de habilidades da vida diária, na busca de responder às questões norteadoras da pesquisa (LEFÈBVRE, 1991; GOLDIM, 2000a; MINAYO, 1993, 2000, 2005; TRIVIÑOS, 1990; VÍCTORA et al, 2000).

Os dados coletados através da Escala ILSS tiveram dois tipos de análise estatística. Uma pelo método estatístico descritivo¹⁸⁷ que geraram 84 (oitenta e quatro) tabelas (Anexo C) com a freqüência e o percentual de cada uma das nove dimensões constantes da escala e distribuídas em 84 itens do questionário, que geraram gráficos para facilitar a visualização dos resultados. Posteriormente, visando qualificar a comparação, foi adotado o teste t de Student¹⁸⁸ para amostras emparelhadas. Inicialmente todos os itens da escala ILSS foram padronizados de 0 a 100, proporcionando que itens com amplitude de pontuação diferente pudessem ser comparados. Todos os itens dos dois períodos envolvidos (2002 e 2004) foram descritos por média e desvio padrão sendo, então, comparado pelo teste t de Student. Os resultados foram apresentados em gráfico indicando a diferença entre as médias dos períodos e seu respectivo intervalo de confiança de 95%. Intervalos englobando o valor zero indicam diferenças que não atingiram significância estatística ao nível $\alpha=0,05$. Os dados foram processados e analisados com o auxílio dos programas SPSS versão 12.0 e SigmaPlot versão 9.0.

Na análise dos dados obtidos através da escala foram considerados os possíveis vieses na sua aplicação, considerando que o questionário foi respondido

¹⁸⁷ Com a assessoria da estatística Usiara Brito.

¹⁸⁸ Realizada pelo consultor epidemiologista Dr. Mário Wagner.

pelos trabalhadores, técnicos de referência dos moradores por casa no serviço Morada, tecnicamente denominado em pesquisa de informante substituto, “técnica utilizada especialmente para pessoas com dificuldades de comunicação, problemas ou limitações cognitivas [...]” (SANTANA, et al., 1997, p. 557). Muitos sentimentos perpassam pelos trabalhadores na execução de suas atividades quando há uma pretensão anunciada de mudanças necessárias. Muitos deles são pelo desejo de participar efetivamente da construção de uma nova condição de vida dos usuários, com práticas capazes de produzir autonomia e com respeito à cada um dos sujeitos.

O princípio da autonomia não pode mais ser entendido apenas como sendo a auto-determinação de um indivíduo, esta é apenas uma de suas várias possíveis leituras. A inclusão do outro na questão da autonomia trouxe uma nova perspectiva que alia a ação individual com o componente social. [...] que surge a responsabilidade pelo respeito à pessoa, que talvez seja a melhor denominação para este princípio (GOLDIM, 2000b, p. 3).

O respeito à pessoa como elemento integrante da autonomia se aplica no caso dos sujeitos portadores de transtorno mental, que vão depender de um outro sujeito, trabalhador com uma postura ética e responsável, para terem suas condições de vida alteradas. Mas, assim como aparecem estes desejos de que o serviço alcance seus objetivos e os esforços sejam reconhecidos, também há uma pressão para que o hospital psiquiátrico São Pedro não se extinga e assim prejudique a situação funcional de colegas¹⁸⁹, receio que acompanha a maioria dos trabalhadores desde a instalação do *São Pedro Cidadão*, sendo também uma realidade encontrada, de modo geral, que dificulta a aceitação dos SRTs (FURTADO, 2006).

Considerando esta situação, os resultados estatísticos foram cotejados com o material oriundo das entrevistas e com observações realizadas no trabalho de campo, bem como no conhecimento acumulado sobre o tema, pois “o pesquisador deve experienciar o espaço e o tempo vividos pelos investigados e partilhar de suas expectativas, para reconstruir o sentido que os atores sociais dão ao objeto da pesquisa” (BAPTISTA, 2003, p. 37), à luz do referencial teórico, de modo a produzir um conhecimento sobre o tema, o qual será apresentado na seqüência.

¹⁸⁹ Nos preparativos para a mobilização para a reivindicação de contratação de mais funcionários para o HPSP, uma trabalhadora expressou: “os pacientes vão todos sair para casa e não vão precisar mais de funcionários” (Diário de Campo, dia 25/03/2003).

4.3 OS EFEITOS DO MORADA SÃO PEDRO NA VIDA DOS SUJEITOS

O Morada São Pedro é um dispositivo de cuidados a sujeitos portadores de transtorno mental egressos do HPSP, onde permaneceram longos anos institucionalizados. Este dispositivo está organizado sob a forma de serviço residencial terapêutico, expressão que revela suas características de ser um equipamento de saúde nos moldes de residência para pessoas que, por longo tempo, não tiveram outra possibilidade de viver.

Viver é uma questão central, pois pode-se somente estar vivo e sentir o tempo transcorrer, ou pode-se construir a vida, interagindo, pensando no futuro, tendo satisfações no dia-a-dia. Esta é uma possibilidade para os homens e mulheres, com plena condição de expressão e realização.

O Morada, como outros SRTs, é um serviço complexo, pois dele se espera um cuidado satisfatório para com seus usuários, com incentivo e oportunidades para a retomada gradual do cotidiano através do processo pedagógico de restabelecer o contato produtivo nas teias da sociedade. A tarefa do Morada é realizar a desinstitucionalização, oferecendo uma casa como experiência concreta de “reaprendizagem do uso de tempo e espaço com ritmos domésticos e afetivos, o uso de objetos e oportunidades da vida diária [...] centrado nas demandas singulares de cada um, como acontece com os diferentes moradores de uma casa” (PITTA, 1996, p. 21).

Para tanto, a concepção que orienta os sujeitos atores e cria as práticas necessárias às mudanças requeridas na sociedade é o de saúde mental coletiva, por se constituir num

Processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer políticas, ciências e administrações no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo-as e substituindo-as por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida (FAGUNDES, 1995, 03).

Esta dinâmica das interconexões das demandas econômicas, sociais e políticas produziu então o serviço Morada São Pedro que, para as gestoras,

corresponde a um dispositivo compatível com os propósitos da reforma psiquiátrica no Brasil.

O Morada vem ao encontro de toda a questão da desinstitucionalização e para mim o mais importante é a possibilidade do usuário existir como sujeito. Isso não é uma garantia, mas é uma possibilidade que o SRT propicia, que isso faz parte de toda a política da reforma (Gestora 1)¹⁹⁰.

A manifestação revela que o motivo da criação do serviço residencial terapêutico foi incorporado, com o propósito da gestão de desencadear condições para o processo de desinstitucionalização.

O projeto Morada São Pedro significa uma mudança importante na condução dos assuntos da saúde mental. Muda é o estigma dos antigos pacientes do Hospital São Pedro que agora, sem desconsiderar que eles tem problemas de saúde mental, eles tem condições de levar a sua vida de uma outra forma, com mais autonomia, sem serem obrigados a estarem morando entre os muros do hospital, e podendo decidir as coisas da sua vida diária (Gestora 2)

Esta exposição aborda a possibilidade do Morada reverter a histórica estigmatização sofrida pelos que padecem de transtorno mental quando segregados em instituição psiquiátrica hospitalar, bem como, da oportunidade que o serviço cria de ampliar as condições de autonomia de seus usuários.

Faz parte de um projeto bem maior, que é o projeto São Pedro Cidadão que também foi construído pela Comissão de Saúde Mental e que vem ao encontro do que preconiza a Lei da Reforma Psiquiátrica, a questão da extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos. Essa substituição é feita através de vários serviços, entre eles os serviços substitutivos que seriam os residenciais terapêuticos (Gestora 3).

As manifestações abordam as várias dimensões presentes neste serviço, como sua potência na produção de mudanças no modo de cuidar sob a perspectiva da desinstitucionalização. Revela também a condição do Morada ser resultante de um processo de ruptura com um modo hegemônico de cuidados em saúde mental, advindo de uma disputa de projetos, no caso o São Pedro Cidadão. Esta perspectiva é possível de ser considerada pelo entendimento de políticas sociais como estratégia de hegemonia, pois

¹⁹⁰ Para preservar a identidade dos participantes da pesquisa, os mesmos serão identificados pela sua característica de inserção no estudo: usuário para os moradores e gestora, para as que exerceram ou exercem a função de coordenação e direção do serviço, acompanhados por um número, equivalente à ordem de realização das entrevistas. Estes procedimentos são para proteger a identidade dos colaboradores da pesquisa, conforme acordado nos CILE.

[...] permitem a incorporação dos interesses materiais das classes dominadas; remetem ao campo dos conteúdos ideológicos nacional-populares; referem-se às práticas de produção dos sujeitos; materializam-se em um aparelho jurídico-administrativo-prestador de serviços que corporifica a ampliação do Estado (FLEURY, 1994, p. 50).

Ou seja, houve a incorporação pelo Estado de um projeto inovador, inspirado nos pressupostos da reforma psiquiátrica, fruto da articulação de forças sociais distintas que, em determinado momento histórico, produziram uma passagem para um outro patamar de atenção a portadores de transtorno mental. Em termos de gestão, o Morada ainda não atingiu uma fase de consolidação, mas já proporcionou um resultado importante relativo a uma redução nos gastos públicos com os sujeitos sob sua responsabilidade.

Uma gestora informou que “atualmente o Morada São Pedro tem um custo médio de R\$600,00 reais por mês por cada usuário, com exceção da medicação que deve custar aproximadamente entre R\$200,00 a R\$300,00 reais por morador” (Gestora 1). Considerando que gastos com medicamentos é uma despesa pública com a população em geral, não será considerado no cálculo realizado a partir de informações fornecidas pela SES¹⁹¹, que resultou num gasto diário por usuário no valor de R\$ 21,46 (vinte e um reais e quarenta e seis centavos) no ano de 2006. Este valor é inferior ao do ano de 1998, de R\$ 30,71 (trinta reais e setenta e um centavos) exclusivamente com os residentes do HPSP. Os gastos do governo são de provimento de pessoal, custos gerais, como telefone, energia elétrica e alimentação.

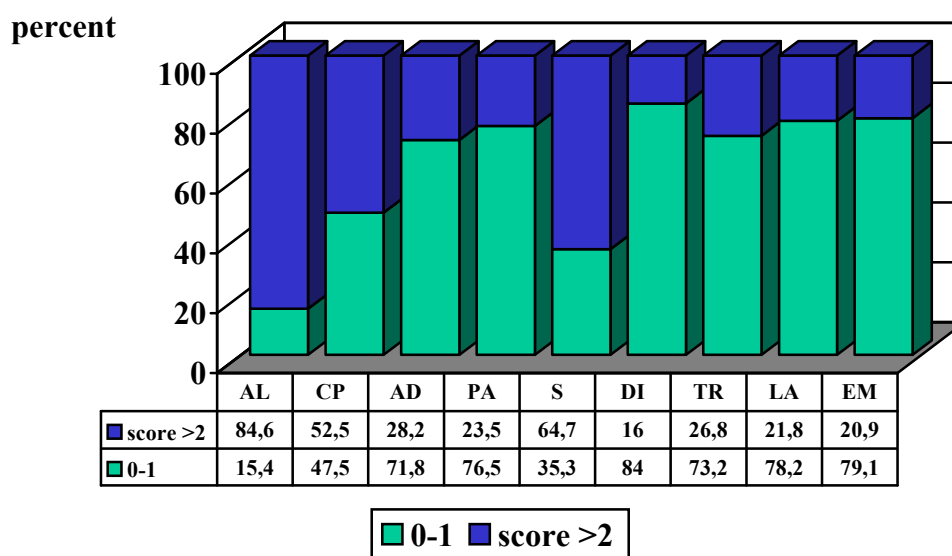
Tem o fornecimento de um rancho mínimo para algumas casas. No primeiro ano praticamente todos os moradores recebiam comida pronta, já no finalzinho algumas casas começaram a receber *in natura*, depois no final a maioria das casas, que eram em torno de 24, recebiam tudo *in natura*, e só duas recebiam pronta. Umas dez casas não recebem mais nem *in natura*, eles mesmos se sustentam com a bolsa De Volta para Casa (Gestora 2).

Em termos da categoria política social constatam-se mudanças significativas com a implantação do Morada, como uma ação pública de atenção em saúde mental. E quanto às mudanças ocorridas na vida dos portadores de transtorno mental a partir do ingresso no Morada São Pedro, estas possibilitaram a garantia de seus direitos e a autonomia na vida diária? Esta foi uma das questões que guiou a

¹⁹¹ Demonstrativo de Custos do HPSP, nos anos de 1999 e 2006 (RIO GRANDE DO SUL, 1998 e 2006).

realização deste estudo, considerada relevante para a verificação da efetividade do serviço na capacidade de promover a desinstitucionalização e a realização de direitos.

O aspecto da autonomia dos moradores do HPSP tinha sido pesquisado numa etapa anterior ao funcionamento do Morada. A investigação de 2002 realizada em 97% (N=584) dos seus residentes¹⁹², revelou que a autonomia, uma das propriedades e condição fundamentais da cidadania, é a capacidade mais prejudicada entre os usuários de longa permanência na instituição psiquiátrica, como se pode verificar no conjunto das dimensões da escala ILSS, no Gráfico 02.



Legenda:

AL	Alimentação	CP	Cuidados pessoais
AD	Atividades domésticas	PA	Preparo e armazenamento de alimentos
S	Saúde	DI	Administração do dinheiro
TR	Transporte	LA	Lazer
EM	Emprego		

Gráfico 02¹⁹³ - Distribuição da população do HPSP segundo seu desempenho nos domínios do ILSS, 2002.

Fonte: DIAS et al, 2002c, p. 125.

¹⁹² Destes 54,3% (N=317) são mulheres e 45,7% (N=267) são homens, com a idade média de 54,7 anos; 60% dos moradores do HPSP estão internados há mais de 20 anos, sendo a média de internação de 26,2 anos (DIAS et al, 2002c).

¹⁹³ Os escores variam de 0 a 4, sendo que a pontuação 0 significa o nível mais baixo de autonomia e a pontuação 4 o mais elevado. Foi considerada de 0-1 como um mau desempenho e acima de 2 um desempenho bom (DIAS et al, 2002 c).

O gráfico revela que os melhores desempenhos foram nos domínios de alimentação (84,6%) e saúde (64,7%), e os desempenhos mais prejudicados foram os de administração do dinheiro (16%) e emprego (20,9%). No conjunto, “70% da população apresentou um comprometimento considerado de moderado a grave” (DIAS et al, 2002c, p. 124) no aspecto de autonomia. A conclusão da pesquisa foi de que, sob vários aspectos,

[...] trata-se de uma população comprometida do ponto de vista da autonomia. A importância da autonomia dos pacientes psiquiátricos em vários aspectos da vida diária é fundamental para o processo de desinstitucionalização. Os longos anos de internação e o conseqüente afastamento da sociedade, assim como a gravidade maior ou menor dos sintomas psiquiátricos fez com que esses indivíduos desenvolvessem deficiências em lidar com questões que dependessem de iniciativa e independência (DIAS et al, 2002c, p. 128).

A mesma escala foi aplicada no ano de 2004 no grupo de trinta usuários do Morada, e através do teste estatístico obteve-se as médias dos desempenhos de cada domínio na comparação com o ano de 2002, cujo resultado consta no gráfico 03.

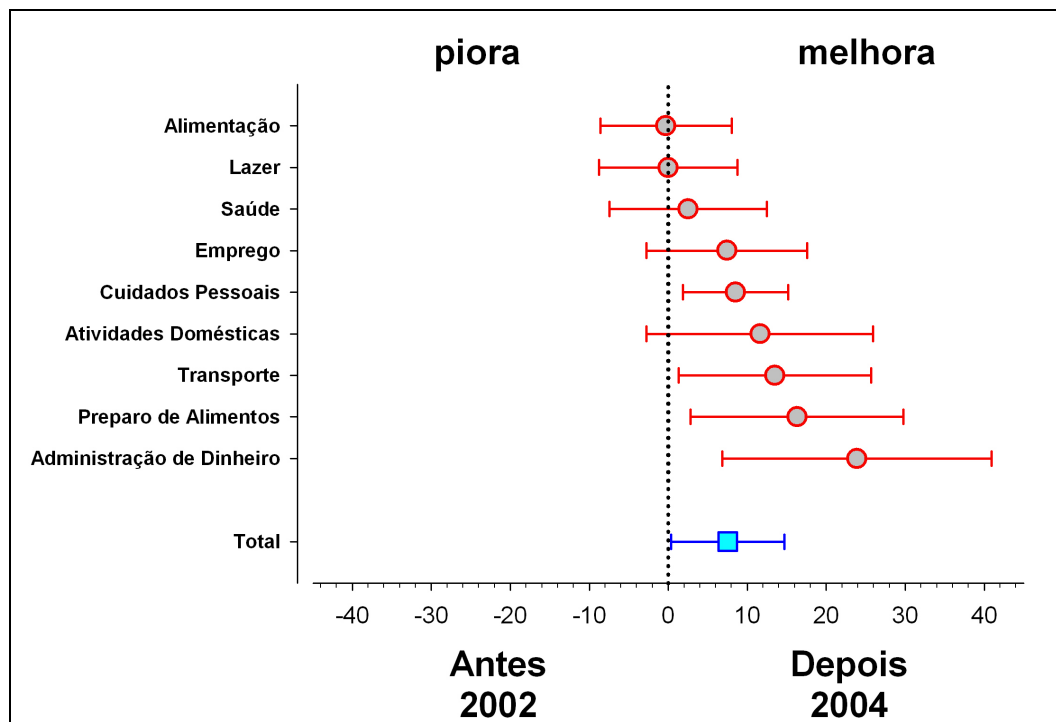


Gráfico 03 - Comparação dos desempenhos dos usuários nas habilidades da vida diária, anos 2002 e 2004.

Fonte: Autora (2007).

Os resultados da pesquisa com a escala ILSS revelam que estatisticamente aumentaram as habilidades na vida diária dos trinta usuários que saíram do HPSP e foram residir no Morada São Pedro, na média de 7,52 das freqüências dos quesitos investigados em relação a 2002, como revelou o Gráfico 03. Os domínios da *alimentação* e *lazer* não tiveram alteração no período transcorrido de dois anos, com as médias -0,29 e 0,0 respectivamente, e a *saúde* foi o terceiro pior desempenho (2,5). Os domínios com mudanças significativas foram os de *administração do dinheiro* (23,88), *preparo de alimentos* (16,30), *transporte* (13,49), *atividades domésticas* (11,59) e *cuidados pessoais* (8,52), todos com médias superiores à global na escala; o domínio *emprego* (7,42) aproximou-se da média global do desempenho medido pela escala¹⁹⁴. Assim, em cinco dos nove domínios examinados houve uma alteração positiva nas habilidades dos usuários em vivenciarem seu cotidiano.

Posto este resultado global, será analisado cada domínio individualmente articulando com os resultados obtidos com as entrevistas, de modo a se verificar seus efeitos na vida dos usuários a partir do ingresso no serviço Morada São Pedro.

O domínio *alimentação*¹⁹⁵ refere-se aos aspectos de asseio e forma de ingestão dos alimentos, e ao uso apropriado de utensílios nas refeições. O resultado deste domínio não significa uma redução no desempenho, ou uma dificuldade de sua realização pelos usuários, tanto que o Gráfico 02 mostra o desempenho superior deste domínio em 2002. O Gráfico 03 revela que as freqüências nos quesitos investigados dos trinta usuários foram estatisticamente semelhantes nos dois anos pesquisados, não havendo mudanças no intervalo entre as medições, que corresponde ao período da transferência daqueles usuários para o Morada São Pedro. Considerando o alto desempenho deste domínio, infere-se que os bons resultados permaneceram como habilidades dos moradores.

O domínio *lazer* mede uma variedade de entretenimento, com passatempos realizados com regularidade e externos ao local de residência, como passeios, atividades esportivas e participação em reuniões comunitárias; as relacionadas aos cuidados com jardim ou quintal, bem como aqueles realizados na privacidade da

¹⁹⁴ Os testes estatísticos realizados constam no Anexo D.

¹⁹⁵ Ver a escala ILSS no Anexo B.

casa, como ouvir rádio e ver televisão. Por fim, mede também a prática de escrever cartas e ler jornais habitualmente. O Gráfico 03 revela a permanência da mesma frequência na comparação dos anos pesquisados, sendo que o Gráfico 02 mostra que em 2002 o domínio *lazer* correspondeu a 78,2% no score de 0-1, considerado um baixo resultado quanto à autonomia. Assim, estatisticamente pode-se concluir que a mudança para o Morada não propiciou novas oportunidades aos usuários de vivenciarem o lazer. Este resultado difere dos encontrados em estudo nos Serviços Residenciais Terapêuticos no Estado do Rio de Janeiro, em que as atividades com destaque entre as realizadas pelos moradores dentro das casas são as de lazer, gestão da casa e laborativas (LOBO, 2004).

Contudo, este domínio é muito abrangente, pois envolve as esferas pública e privada da vida, bem como requer a condição do sujeito ser alfabetizado, e por isso, é muito rico por expressar algumas dimensões da desinstitucionalização. Assim, o resultado estatístico desta dimensão precisa ser problematizado, ao mesmo tempo em que é eficaz, pois reflete matematicamente a realidade dos desafios da desinstitucionalização.

Um aspecto a ser analisado é o da circulação em espaços da cidade ou no circuito espacial mais próximo, o que possibilita a interação social, fundamental para contrapor a experiência de isolamento social advinda do longo tempo de institucionalização. O domínio dos *transportes* tem uma interface importante com o do lazer, e, por conseguinte, ambos serão analisados de forma articulada. Um indicador do domínio *lazer* é a realização de passeios fora do local da residência, cujo resultado se constata no Gráfico 04.

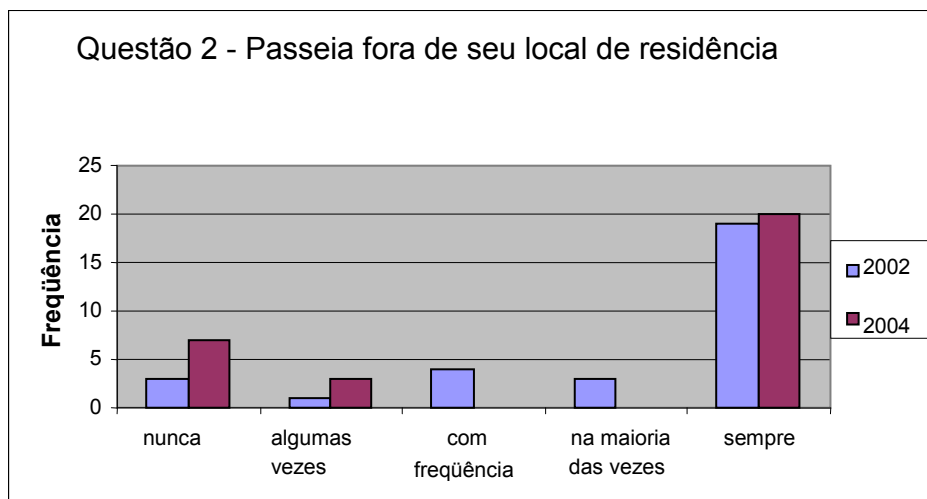


Gráfico 04 – Comparação da frequência da questão 2 do domínio lazer, anos 2002 e 2004.

Fonte: Autora (2007)

Verifica-se que houve um pequeno aumento de passeios em áreas externas do Morada (de 63,3% em 2002 para 66,7% em 2004)¹⁹⁶ e que aumentou significativamente os que nunca realizam estes passeios (10% em 2002 para 23,3% em 2004). Quando consultados sobre os locais que mais circulam na cidade, os usuários referiram os supermercados, o banco e a igreja, tendo sido as mesmas respostas das gestoras. Na questão para as gestoras sobre os instrumentos e/ou equipamentos utilizados para ampliação das condições de inclusão social dos usuários este aspecto foi referido como a realização pontual de passeios turísticos em datas especiais e almoços em restaurantes da cidade.

O resultado deste indicador é corroborado com alguns do domínio dos transportes. Este corresponde à habilidade de andar de ônibus e ler seus itinerários; deslocar-se a pé pelos locais da vizinhança; respeitar as normas para pedestres; informar-se e seguir as indicações de um trajeto; fazer viagens de longa distância e comportar-se apropriadamente nos veículos de transporte, cuja mudança no Morada foi na média de 13,49 em relação ao tempo do HPSP. Um indicador interessante para refletir sobre a possibilidade de circulação pela cidade é o que mede se os usuários andam de ônibus, como demonstra o Gráfico 05.

¹⁹⁶ No Anexo C está a apresentação das tabelas com os dados coletados sobre as dimensões da Escala ILSS.

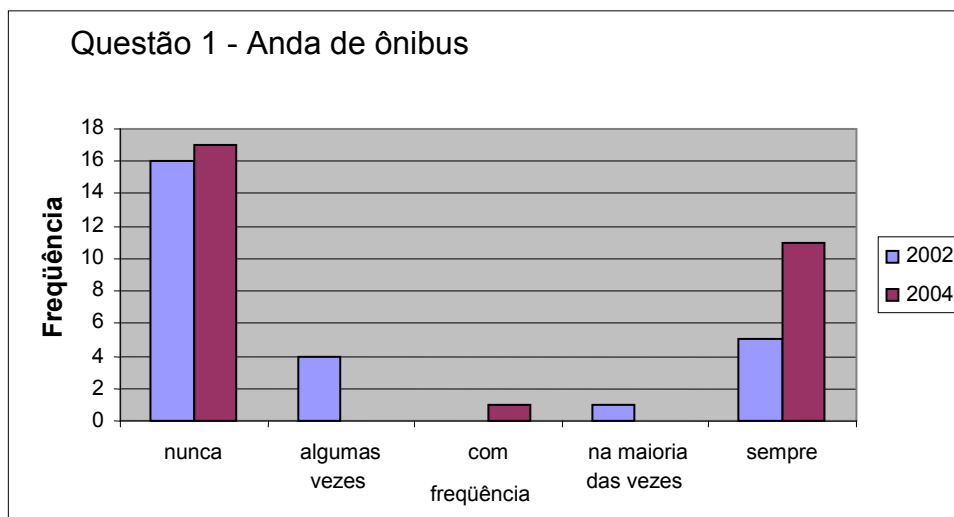


Gráfico 05 - Comparação da freqüência da questão 1 do domínio transporte, anos 2002 e 2004.

Fonte: Autora (2007).

Observa-se que estatisticamente é insignificante a alteração ocorrida no período estudado da freqüência *nunca*, de 53,33% (2002) para 56,67% (2004). Significa que um mesmo grupo de usuários acrescido de mais alguns, não realizou esta forma de interagir na cidade.

Mudar-se do manicômio para uma casa é uma passagem que exige uma reestruturação da maneira de lidar com o espaço, com as outras pessoas e consigo mesmo. Não é simples. Exige atenção, cuidado e a consciência de que essa mudança não se dá de uma hora para outra, mas é um processo (JARDIM et al., 2004, p. 01).

A freqüência *sempre* anda de ônibus foi de 16,67% (2002) e passou para 36,67% (2004), revelando que um grupo passou a deslocar-se para espaços mais distantes, ampliando os horizontes relacionais.

[...] alguns começaram a ir para um projeto de alfabetização de adultos, e eles iam com os acompanhantes terapêuticos, e chegou num dado momento eles pediram para irem sozinhos, então eles iam de ônibus sozinhos para escola (Gestora 2).

O número significativo de usuários que passeiam em áreas externas ao Morada o fazem, na maioria dos casos, locomovendo-se a pé, como se verifica no Gráfico 06, do domínio dos transportes.

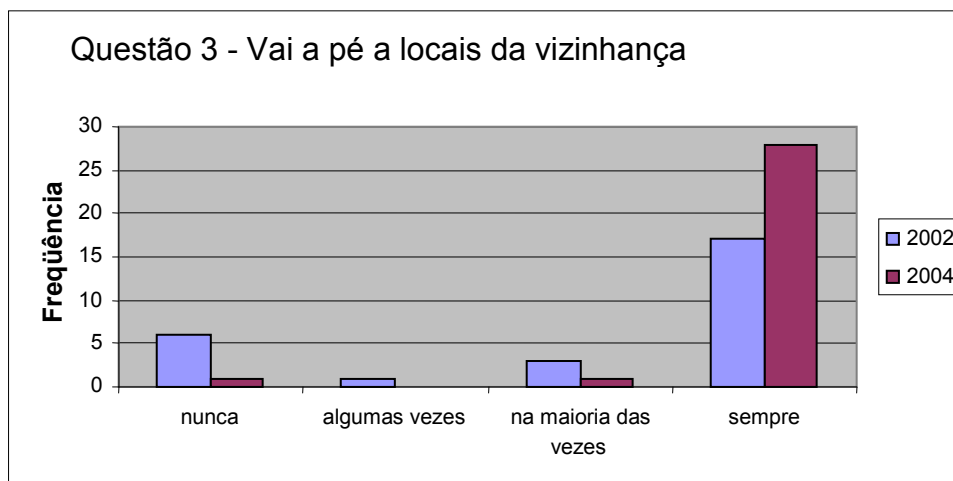


Gráfico 06 - Comparação da frequência da questão 3 do domínio transporte, anos 2002 e 2004.

Fonte: Autora (2007)

Observa-se que houve uma redução drástica na frequência daqueles que *nunca* se locomoviam nas redondezas em 2002, correspondendo a 20% e passa a ser 3,33% em 2004. A frequência *sempre* passou de 56,67% (2002) para 93,33% (2004), revelando ser esta uma atividade realizada pela quase totalidade dos usuários. Ir a pé a locais da vizinhança corresponde aos deslocamentos aos supermercados, bancos e igreja, organizações existentes nos quarteirões próximos ao Morada, e as mais realizadas pelos usuários. Estes também realizam várias atividades no HPSP, sejam as relacionadas ao trabalho, seja para lazer: “Foi inaugurado o galpão crioulo, então eles tem usado o espaço do galpão crioulo para bailes, jantares” (Gestora 2). Mas passear mais longe também gera satisfação, como uma usuária expressa no relato a seguir.

Entrevistadora: O que tu vais fazer agora quando voltares pra casa?
 Usuária 6: Eu vou almoçar e depois vou na casa da L e amanhã eu venho.
 Entrevistadora: O que tem lá hoje? Usuária 6: Tem janta, mas eu não quero a janta, só quero o chá. Entrevistadora: Onde ela mora? Usuária 6: É longe.
 Entrevistadora: E tu volta só amanhã? Usuária 6: É (...) e eu bem faceira¹⁹⁷.

O diálogo mostra a satisfação em passear na casa da cuidadora, experiência que lhe proporciona prazer, enquanto que em outro momento revela o medo urbano da violência, quando perguntada sobre o comparecimento ao banco para receber o benefício da previdência social.

¹⁹⁷ As falas dos usuários entrevistados estão transcritas literalmente.

Usuária 6: Não, eu vou junto com a L, ela tira o dinheiro (...). Entrevistadora: E se tu quiseres, tu mesma tirar o teu dinheiro, tu sabes fazer? Usuária 6: Não, não sei, só ela que tira. Entrevistadora: E se a L. te ensinar como se tira o dinheiro, tu queres aprender? Usuária 6: Não, eu tenho medo. Entrevistadora: Porque tu tens medo? Usuária 6: Ladrão.

A exposição da usuária demonstra a dificuldade de ousar aprender a manejar com a tecnologia bancária pelo receio que tem da violência que hoje faz parte do cotidiano dos habitantes nas cidades, fazendo com que o estilo de vida seja alterado, com a redução da convivência entre as pessoas (OLIVEIRA, M, 2006). Contemporaneamente, o estar em casa com acesso aos meios de comunicação viabilizados pela tecnologia passou a ser uma forma de lazer, e muitas vezes de refúgio dos habitantes das cidades. Portanto, neste aspecto há sintonia entre os residentes do Morada com os habitantes das cidades em geral, como se verifica no Gráfico 07.

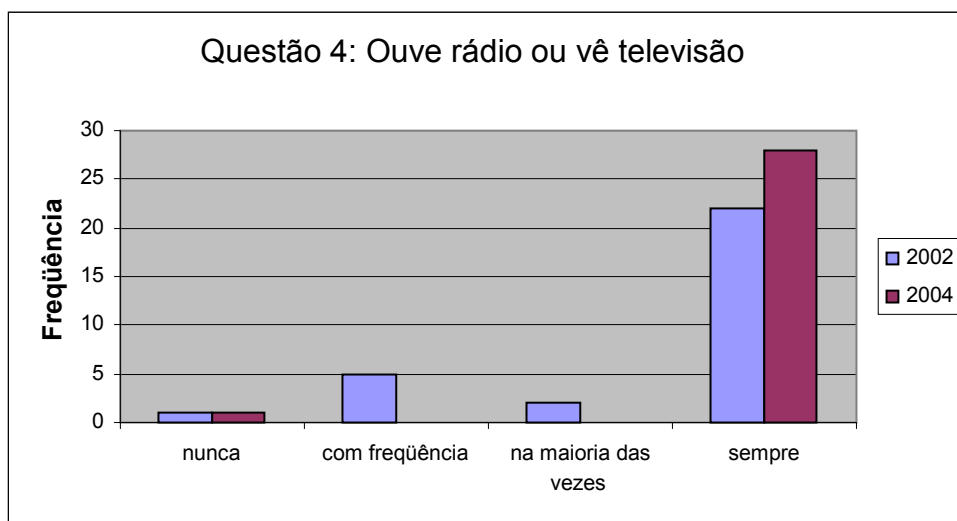


Gráfico 07 – Comparação da frequência da questão 4 do domínio lazer, anos 2002 e 2004.

Fonte: Autora (2007)

Em 2004 o ato de sempre ouvir rádio ou ver televisão passou para a frequência de 93,3% entre os usuários, quando em 2002 o percentual era de 73,3%. Esta possibilidade de lazer já era realizada de forma satisfatória no HPSP, onde as enfermarias contam com estes aparelhos eletrônicos e muitos dos usuários já possuíam seus próprios, adquiridos com seus vencimentos. Houve uma

intensificação desta prática, pois no Morada coabitam, no máximo, quatro pessoas por casa, todas equipadas e propiciadoras destas formas de entretenimento.

Quanto à prática de escrever cartas e ler jornais habitualmente, medido pela escala, há um prejuízo importante, considerando que 69% (N=404) da população do HPSP são analfabetos e 12% de analfabetos funcionais (N=69), perfazendo um total de 81% com prejuízos importantes no acesso ao sistema educacional (DIAS et al, 2002c, p. 120). Por fim, um outro aspecto considerado importante neste domínio é o relativo à participação dos usuários do Morada em atividades comunitárias, visto estar relacionada às possibilidades de interação e participação na vida social no âmbito político. O Gráfico 08 revela o resultado deste aspecto.

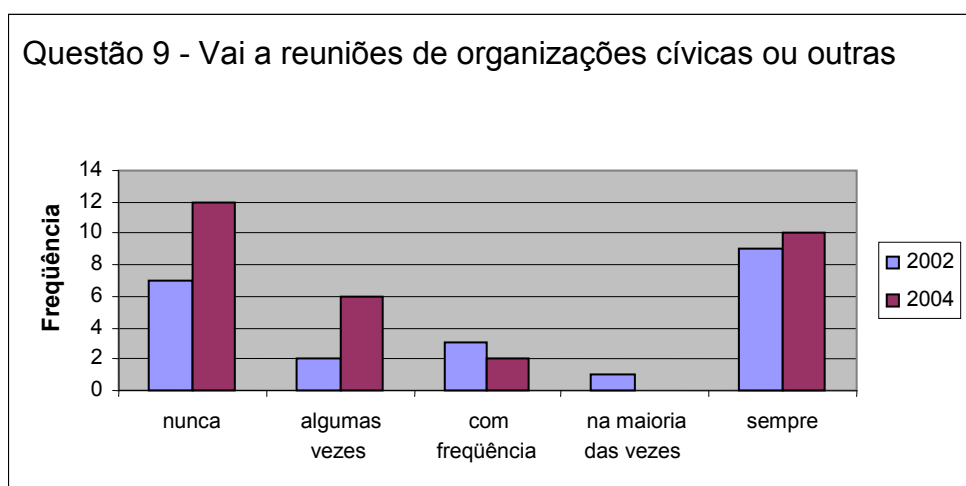


Gráfico 08 - Comparação da frequência da questão 9 do domínio lazer, anos 2002 e 2004.

Fonte: Autora (2007).

A presença importante da frequência sempre participa (30%) em 2002 explica-se pela presença dos usuários nas várias atividades preparatórias à instalação do Morada que se realizaram naquela época. No ano de 2004, verifica-se que a maioria dos usuários (40%) nunca participou de reuniões de organizações civis, enquanto que 33,3% sempre o fazem. Nos depoimentos prestados pelos usuários não há referência a este tipo de atividade. Durante o trabalho de coleta de dados¹⁹⁸, observou-se no mural da casa da equipe um material divulgando a reunião do Orçamento Participativo local, que se realizaria na obra do Morada. As

¹⁹⁸ Diário de Campo, dia 25/03/2003.

trabalhadoras informaram, na ocasião, que alguns usuários participam destas atividades quando os assuntos estão diretamente relacionados ao serviço.

Uma gestora refere o espaço da cooperativa de trabalho ATUT¹⁹⁹ como um lugar propiciador de tomada de decisões, pois mesmo “[...] que infelizmente beneficia poucos moradores, eles têm reuniões com o Departamento Municipal de Limpeza Urbana (DMLU) aonde quem vai nessas reuniões são os associados e estão discutindo junto com outras cooperativas de trabalho o valor do fardo para a reciclagem” (Gestora 1). Esta participação está relacionada à organização do trabalho, fundamental para garantir a sua viabilidade e o sustento esperado pelos seus operadores, correspondendo ao tipo corporativo, de “defesa de interesses específicos de determinados grupos sociais” (NOGUEIRA, M, 2004, p. 131).

De modo geral pode-se compreender então algumas das razões do domínio *lazer* não ter tido mudança na vida dos usuários, indicando alguns aspectos com possibilidades a serem construídas, e outros, que estão em sintonia com as condições atuais de vida nas cidades, exigindo que seja problematizado o sentido tradicional do lazer.

Estaríamos caminhando em direção a uma “terceira cidade”, distinta do burgo medieval e da cidade burguesa projetada no século XIX. Essa trajetória estaria conduzindo as cidades a uma espécie de *ville-paysage*, organizada para aqueles que nela não vivem a urbanidade no seu cotidiano. Tais cidades estariam preferencialmente voltadas para o consumo, para a diversão e para diferentes formas de reprodução do capital (OLIVEIRA, M, 2006, p. 176).

A capacidade de consumo aumentou significativamente na vida dos usuários, visto o domínio *administração do dinheiro* ter tido a média de 23,88 de aumento na frequência em relação ao período em que os mesmos estavam internados. Este domínio tem os seguintes indicadores: habilidade de aquisição na quantidade adequada de mercadorias, roupas e objetos de uso pessoal; tomada de providências no conserto de roupas e objetos; pagar contas; administração adequada de seu orçamento, com a procura de ajuda ou informação, se for necessário, para planejar seu orçamento; prioridade na compra de itens essenciais; devolução de material defeituoso ou troca mercadorias em lojas e conferência de troco em lojas; utilização

¹⁹⁹ Associação dos Trabalhadores da Unidade de Triagem do HPSP.

do relógio para organizar sua programação diária, e por fim, compreensão dos termos tutela ou curadoria, aspecto que será analisado na categoria dos direitos²⁰⁰.

A administração do dinheiro implica que, primeiramente, exista uma capacidade dos sujeitos disporem de meios para satisfazerem suas necessidades materiais, pessoais ou grupais, sejam elas as imprescindíveis para a manutenção da vida, sejam as que proporcionam prazer e satisfação. Ter recursos financeiros é uma condição para a possibilidade de autonomia, pois permite a liberdade de escolha sobre os tipos e forma de consumo, como assinala uma gestora, ao expressar sua posição sobre o serviço Morada.

As conquistas foram muito grandes, e justamente nesse processo de começar a se reconhecer como sujeito, de poder começar a encontrar um espaço de escuta, de poder começar a ter o acesso ao dinheiro que para mim é algo muito importante, que te possibilita circular pelos espaços, a participar das coisas, a adquirir coisas, que faz parte dos nossos valores sociais (Gestora 1).

A totalidade dos usuários do Morada possui alguma renda mensal, pois os que não tinham benefícios, como pensão, aposentadoria ou benefício de prestação continuada²⁰¹, foram incluídos no programa federal De Volta para Casa, instituído em 2003 (Quadro 14).

A maioria dos usuários tem o benefício LOAS e todos eles têm a bolsa de Volta para a Casa, como em geral eles moram em quatro em alguma das casas, então esse orçamento é gerenciado pelas necessidades comuns, e cada um tem os seus gastos pessoais. Então é assim, eles gerenciam as necessidades em conjunto [...] Eles estão calçando a frente das casas, botaram grades, eles estão se gerenciando (Gestora 2).

Percebe-se que o orçamento formado pelas rendas dos usuários permite aos mesmos a realização de aquisições tanto de bens necessários como aqueles relacionados à segurança e estética das casas.

[...] o benefício chega na pessoa e ela está gastando. Os supermercados são os locais que mais eles vão, adoram almoçar e jantar fora, lancherias do bairro, padarias do bairro (Gestora 3).

²⁰⁰ Gráfico 18.

²⁰¹ Em 2002, 44% (N=257) da população residente no HPSP tinha renda fixa, e 31,5% (N=184) destes através de benefício da previdência social; mas 48,5% (N=283), ou seja, a maioria dos residentes do Hospital, não tinha renda nenhuma (DIAS et al, 2002c, p. 121).

Os rendimentos de alguns usuários obtidos com os benefícios sociais são complementados com valores advindos da realização de atividades nas oficinas de geração de renda existentes no HPSP: “alguns trabalham na reabilitação do hospital ainda, então além da bolsa auxílio e do benefício, também tem essa outra renda... eles financiam alimentação, vestuário, lazer” (Gestora 3). Os usuários sabem que têm vencimentos mensais e quais são suas fontes, sentindo satisfação em anunciar no que gastam seu dinheiro, como se constata nas suas falas:

Ela [referindo-se a curadora] recebe minha pensão que é do meu pai e da minha mãe. Antes dela morrer, a minha tia recebeu toda a papelada da minha pensão, aí a minha tia ficou como minha procuradora (Usuária 2);

Ganho a pensão... Compro as coisas pra casa (Usuária 5);

Entrevistadora: É na cooperativa que tu trabalhas de manhã? Usuária 6 - É aí. Amanhã sai o dinheiro... (Usuária 6);

E aí ele [referindo-se ao marido] disse assim, o dinheiro é teu (Usuária 6);

Eu recebo pensão da minha família... Eu compro pão, bebida e outras coisas mais (Usuário 8).

A condição de ser pensionista tem um valor importante para os usuários, por ser uma representação de manutenção do vínculo com sua família. Para além da viabilidade material de consumo que a pensão possibilita, as manifestações durante as entrevistas revelam que os usuários sentem-se pertencentes a uma família, a uma cidade, ou seja, tem raízes. Um usuário respondeu à pergunta “Tu moras onde? Usuário 8: Eu sou de Pelotas”. Na constituição do saber psiquiátrico esteve presente um entendimento de que o convívio entre o portador de transtorno mental e sua família era prejudicial ao tratamento, e como este estava assentado no isolamento nos hospitais psiquiátricos, resultou na separação familiar e no abandono destes sujeitos nos manicômios (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Após longos anos apartados da vida familiar e social os usuários passam a ter autonomia, como sinônimo de vida e de liberdade (CATTANI, 1996), sendo capazes de interagir e requisitar sua própria independência em relação à instituição.

Porque tem uma casa com três a quatro moradores, e cada um com uma média de renda de R\$500 reais mensais. Eles compram alimentação, vestuário, passeio, atividades que queiram fazer [...] alguns moradores querem ter a sua conta de luz, e nós estávamos vendo como é que a gente poderia separar isso, porque eles querem ter a sua conta de luz em baixo da porta e querem pagar a sua conta de luz (Gestora 1).

Outra manifestação de desejar independência em relação à instituição ocorreu por ocasião do começo do pagamento do auxílio financeiro do Programa de Volta para Casa, quando algumas usuárias disseram que iriam comprar seus próprios móveis com esta verba, e devolver os que tinham, pois era o São Pedro que tinha fornecido²⁰². Está presente uma perspectiva consensual sobre a autonomia, de ser constituída por duas condições essenciais: “liberdade (independência do controle de influências) e ação (capacidade de ação intencional). [...] A incapacidade mental limita a autonomia, porém estes indivíduos continuam a merecer o respeito como pessoas” (GOLDIM, 2000b, p. 2). As manifestações dos usuários revelam a liberdade e a ação, expressas pela postura de escolher por si própria e poder ter a condição de realizar.

Ao “adquirirem dignidade, a identidade de consumidores e de cidadãos” (FALEIROS et al, 1998) os usuários passam a ter respostas condizentes com o requerido para o convívio em sociedade e em espaços coletivos. Um dos indicadores deste domínio é a administração adequada do orçamento, isto é, se o usuário planeja suas despesas de acordo com seus recursos financeiros. Os resultados obtidos na comparação são interessantes para serem destacados, como se visualiza no Gráfico 09.

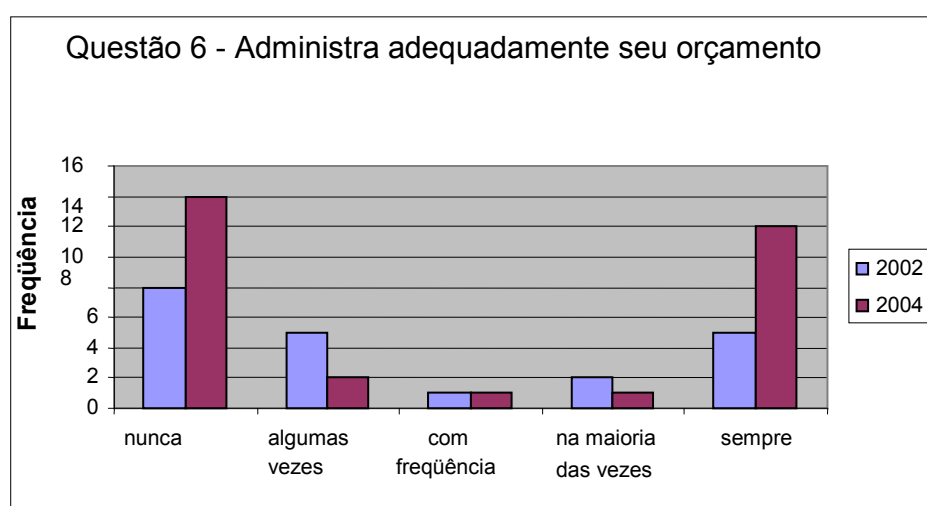


Gráfico 09 - Comparação da frequência da questão 6 do domínio administração do dinheiro, anos 2002 e 2004.

Fonte: Autora (2007)

²⁰² Diário de Campo, 30/12/2003.

A alternativa *nunca* administra de forma adequada o orçamento foi a mais freqüente em ambos os anos estudados. No ano de 2002, com 26,6% e em 2004, com 46,67%. Já a alternativa *sempre* teve percentual de 16,6% em 2002 e 40% em 2004, significando que um grupo considerável desenvolveu neste período de tempo esta habilidade. Contudo, pode-se inferir que há uma dificuldade importante na realização desta habilidade, situação que é comum na sociedade, haja visto o fenômeno da inadimplência das pessoas físicas²⁰³.

Por outro lado, pode estar presente neste dado uma manifestação das cuidadoras, revelando certa frustração na expectativa de que a maioria dos usuários poderia já estar mais preparada para um controle adequado do seu orçamento, a partir da vivência num serviço aberto e com mais possibilidades de intercâmbios sociais e de consumo. Correlato a este indicador é a habilidade de priorizar o gasto em produtos essenciais ao consumo, em detrimento do que seria supérfluo, como se verifica no Gráfico 10.

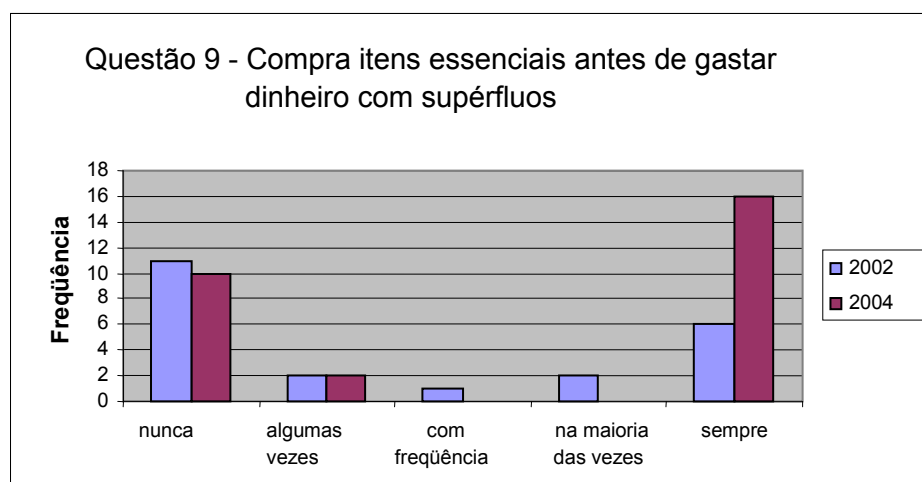


Gráfico 10 - Comparação da freqüência da questão 9 do domínio administração do dinheiro, anos 2002 e 2004.

Fonte: Autora (2007)

A freqüência *nunca* prioriza itens essenciais correspondeu a 33,3%, enquanto que a freqüência *sempre* foi de 53,3% no ano de 2004. Este percentual de 2004 é

²⁰³ Alguns dos principais fatores que leva os consumidores à inadimplência: falta de controle nos gastos, comprometimento de renda com outras despesas, uso do dinheiro com outras compras, além das relacionadas ao desemprego, redução de renda e doenças. Disponível em: <http://www.sebraesp.com.br/principal/abrindo%20seu%20neg%C3%B3cio/produtos%20sebrae/artigos/listadeartigos/inadimplencia.aspx>.

muito significativo, pois expressa que muitos usuários recuperaram ou aprenderam uma habilidade importante na administração do orçamento doméstico, que é a capacidade de priorizar suas despesas na vida diária, processo ainda a ser desenvolvido com um grupo de usuários no Morada. Outro aspecto deste domínio que se destaca é o relativo à conferência de troco, por ocasião de compras realizadas no comércio, como se verifica no Gráfico 11.

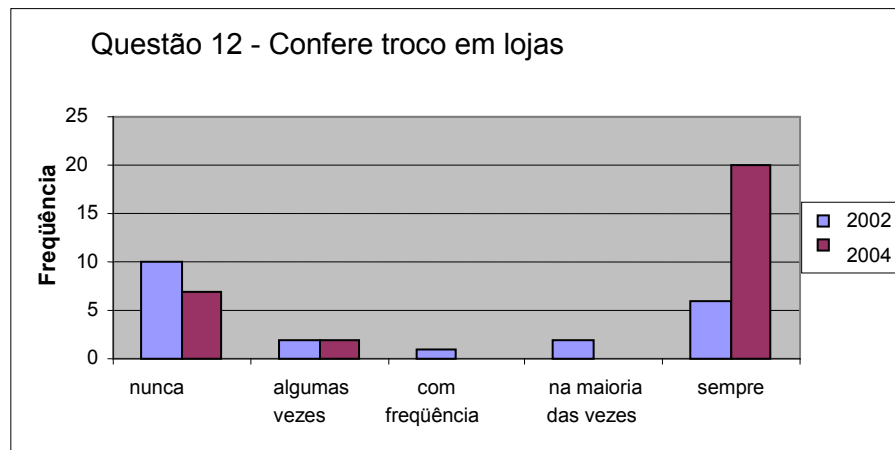


Gráfico 11 - Comparação da frequência da questão 12 do domínio administração do dinheiro, anos 2002 e 2004.

Fonte: Autora (2007)

A frequência *nunca* confere troco correspondeu a 23,3%, enquanto que a frequência *sempre* foi de 66,67% no ano de 2004, muito superior estatisticamente em relação a 2002. Este dado revela o domínio intelectual e de autocuidado, na medida em que esta atitude visa proteger seus próprios vencimentos, essenciais para uma vida digna, pois “as oportunidades de trocas materiais e simbólicas são oportunidades precedentes na construção da capacidade relacional do sujeito” (SARACENO, 1996b, p. 151), significando que os usuários estão em processo de apropriação da sua vida.

O fato do domínio administração do dinheiro ter tido o melhor desempenho entre um conjunto de habilidades de autonomia dos usuários expressa também a presença do fenômeno do consumo, que passou a se constituir como integrante das suas vidas diárias. A renda mensal dos usuários que contam exclusivamente com a bolsa-auxílio do governo federal é inferior ao salário mínimo vigente, e os que possuem o BPC, contam com um rendimento de um salário mínimo, assim como a

maioria dos pensionistas²⁰⁴, o que se conclui que a maioria dos usuários estão localizados na linha da pobreza²⁰⁵.

As despesas com a manutenção da estrutura de moradia, alimentação e do apoio em saúde são providas pelo governo, já que é responsabilidade assumida pela lógica da política vigente até o advento da reforma psiquiátrica, do Estado ser o guardião e o tutor dos indesejados pela sociedade²⁰⁶. Mas, as despesas com a conservação das casas (higiene basicamente), vestuário e alimentação complementar, além do rancho básico, são realizadas com os proventos dos usuários, que ainda conseguem adquirir móveis²⁰⁷ e utensílios domésticos para lhes proporcionar mais conforto na vida diária.

A aquisição de objetos e móveis, bem como de alimentação diferenciada é uma tônica nas exposições dos usuários, assim como se constata que as casas estão equipadas com o conforto necessário. Esta situação corrobora a reflexão de Martins (2003) de que antes o ideário de ascensão social dos pobres através do trabalho consistia na propriedade imobiliária e no enraizamento nas cidades. Agora, com as transformações societárias advindas da reestruturação produtiva, a ascensão social é feita pelo consumo e pela propriedade mobiliária. “Os pobres, do mesmo modo que as elites e a classe média descobriram que na sociedade contemporânea o consumo ostensivo é um meio de afirmação social e de definição de identidade” (MARTINS, 2003, p. 37). Nesta perspectiva, pode-se concluir que o acesso ao consumo implicou numa forma de inserção social dos usuários do serviço Morada São Pedro.

A habilidade de *preparar e armazenar alimentos* foi um dos domínios com uma média (16,30) significativa de mudança entre os usuários do Morada. Corresponde ao preparo de refeições simples, sem e com cozimento de alimentos; guardar os alimentos de forma apropriada; identificar a sanidade dos mesmos; e realizar as tarefas de higienização dos utensílios de cozinha, bem como guardá-los

²⁰⁴ Na pesquisa realizada em 2002, a renda mensal dos que tinham rendimentos fixos estava na média de R\$ 185,47 (cento e oitenta e cinco reais e quarenta e sete centavos) enquanto que o salário mínimo vigente na época era de R\$ 200,00 (duzentos reais) (DIAS et al., 2002c, p. 121).

²⁰⁵ Linha de pobreza equivalente a 01 salário mínimo (CAMPOS et al., 2003, p. 23).

²⁰⁶ Ver capítulo 2.

²⁰⁷ Parte do mobiliário inicial das casas foi adquirido com verba do Ministério da Saúde, de incentivo à criação dos serviços residenciais terapêuticos.

apropriadamente. Os resultados obtidos neste indicador podem ser visualizados no Gráfico 12.

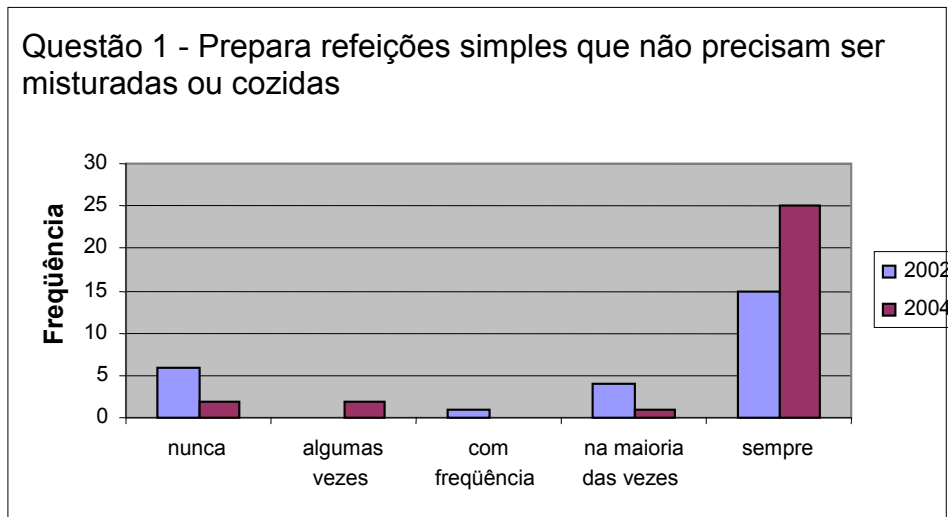


Gráfico 12 - Comparação da frequência da questão 1 do domínio preparo e armazenamento de alimentos, anos 2002 e 2004.

Fonte: Autora (2007)

Esta habilidade é uma das que reflete claramente a mudança ocorrida na vida diária dos usuários, pois está relacionada à capacidade deles (83,33%) sempre realizarem pequenos lanches (2004), superando o percentual de 50% em 2002. Os SRTs têm a característica de desempenharem duas atribuições concomitantemente, a de moradia e a de tratamento, situação que faz os usuários ora serem alvo dos cuidados dos trabalhadores do serviço, ora “como donos da casa, com um elevado nível de apropriação e cuidado (WEYLER; FERNANDES, 2005, p. 83).

Um domínio correlato é o das *atividades domésticas*, que corresponde às de organização e manutenção do espaço da casa, como arrumar a cama diariamente, com troca de roupa de cama sempre que necessário, mantendo o quarto limpo; ocupar-se da arrumação da casa; organizar e realizar a lavagem e secagem das roupas e guardá-las apropriadamente. A partir da mudança para o Morada este domínio aumentou na média de 11,59 em relação ao tempo em que os usuários estavam internado no HPSP. Um dos indicadores interessantes para revelar a mudança ocorrida é o constante no Gráfico 13.

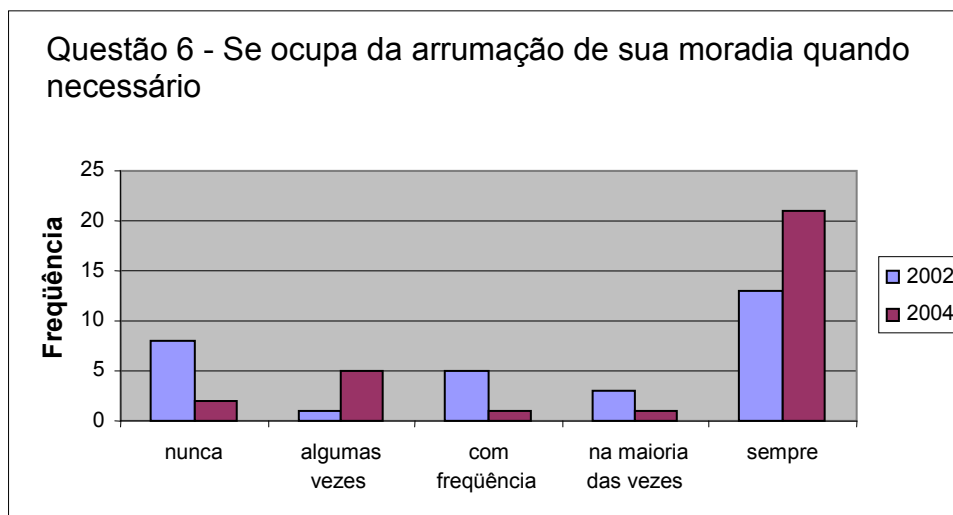


Gráfico 13 - Comparação da frequência da questão 6 do domínio atividades domésticas, anos 2002 e 2004.

Fonte: Autora (2007)

A mudança neste indicador também é relevante, pois em 2002, 26,67% dos usuários *nunca* se ocupavam da arrumação de sua casa e este percentual se reduz para 6,67% no ano de 2004. A frequência de *sempre* realizarem esta atividade passa de 43,33% (2002) para 70% (2004). Neste domínio há um aspecto importante a ser considerado que é o relativo ao gênero. Uma cuidadora referiu que o usuário de quem é referência não concorda com as “lidas domésticas por entender ser um trabalho feminino, e como trabalha e estuda não precisa se ocupar com o cuidado da casa”²⁰⁸. Deste modo, é realizado um estímulo constante para que todos os usuários realizem estas atividades da vida diária, mas estas posições pessoais, fruto da cultura são consideradas, pois “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros” (FREIRE, 2003, p. 59).

A dimensão *cuidados pessoais* equivale ao comportamento de manter o asseio pessoal permanente, inclusive com o corte dos cabelos; resguardo no vestir-se, conservação de bom estado de aparência pessoal e das vestimentas, e por fim, se os usuários mantêm atitudes socialmente aceitas no convívio social. A média de frequência foi de 8,52 em relação ao tempo do HPSP. O indicador de conservar-se limpo e arrumado o dia todo reflete uma atitude de auto-estima e satisfação, sendo a

²⁰⁸ Diário de campo, 25/03/2003.

escolhida para ilustrar a mudança ocorrida a partir da transferência dos usuários para o serviço do Morada, como se verifica no Gráfico 14.

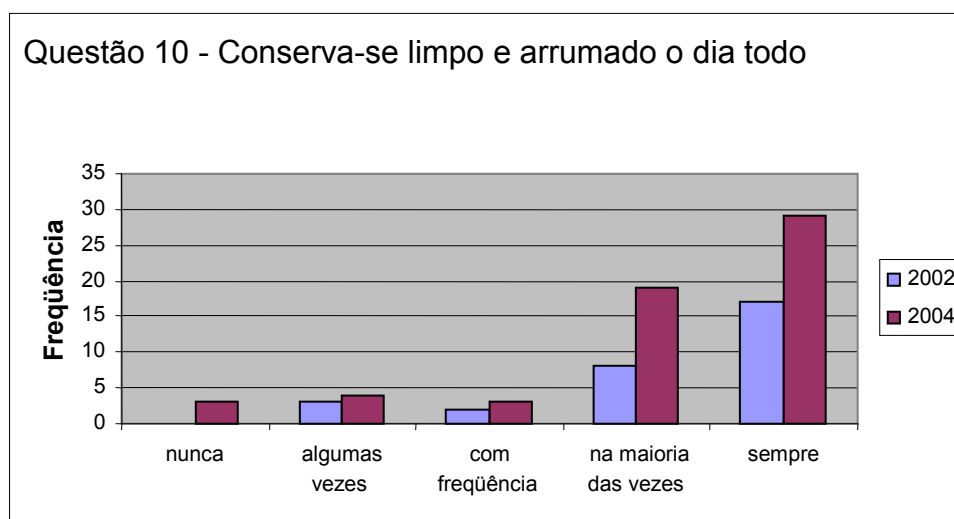


Gráfico 14 - Comparação da frequência da questão 10 do domínio cuidados pessoais, anos 2002 e 2004.

Fonte: Autora (2007)

Os resultados são relevantes, pois no ano 2002 a frequência *sempre* correspondeu a 56,66% e em 2004, passou para 96,67%, significando que quase a totalidade dos usuários passou a preservar-se em condições de apresentação pessoal de forma reconhecida socialmente. Ainda há dificuldades com alguns usuários para manterem estas condições, mas isto é resultado do longo tempo de isolamento institucional, quando “[...] desenvolvem um afrouxamento no comportamento social, tornando os pacientes despreocupados em certos costumes simples, como vestir-se, falar, assear-se e mesmo comunicar-se com o outro” (MOURA FÉ, 2006, p. 4).

As características medidas neste domínio têm relação com o de *saúde*, que se refere à habilidade de relatar apropriadamente seus problemas físicos, e cuidar daqueles mais leves de forma apropriada; aceitar a medicação que lhe é administrada e tomar seu medicamento sem supervisão; conseguir ajuda de serviços públicos, quando necessário, e seguir suas orientações; fumar respeitando as regras de segurança. A partir do ingresso no Morada, os usuários tiveram um desempenho maior na média de 2,5 em relação ao tempo em que viviam no HPSP, em 2002, quando se constatou que a saúde foi um dos melhores domínios quanto a

autonomia, com 64,7% da freqüência (Gráfico 2). O resultado na comparação de um indicador entre os períodos se verifica no Gráfico 15.

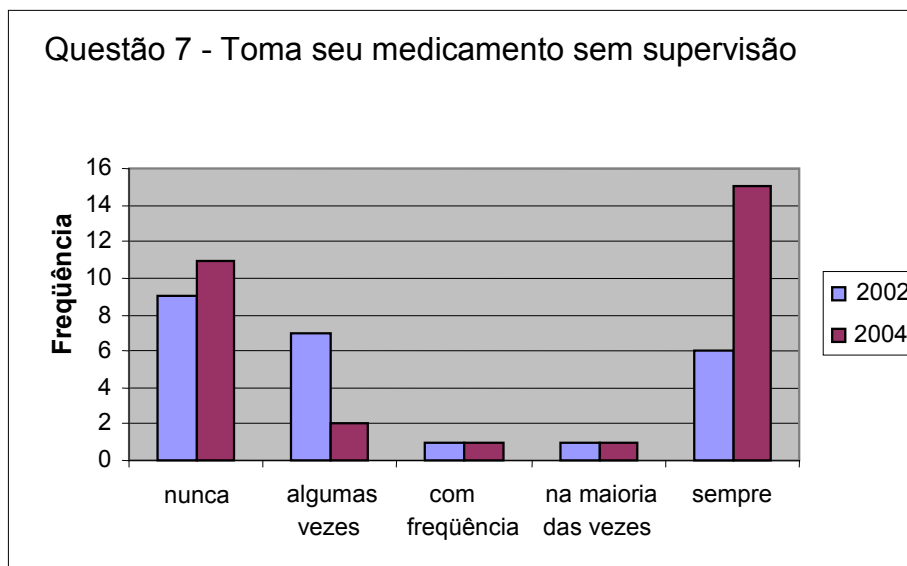


Gráfico 15 - Comparação da freqüência da questão 7 do domínio saúde, anos 2002 e 2004.

Fonte: Autora (2007)

A freqüência *nunca* toma o medicamento sem supervisão era de 30% em 2002 e passou para 36,67%, significando que um pequeno grupo de usuários passou a necessitar de apoio para seu cuidado com a saúde. Pode ser um efeito da passagem do tempo sobre os indivíduos, que passam a depender mais de apoio externo à medida que envelhecem. De modo geral, houve uma mudança significativa no auto-cuidado em saúde, pois em 2002, 20% dos usuários tomavam seus remédios sozinhos, quantitativo que passou para 50% em 2004.

Tem moradores com condições de se administrar, então eles têm a medicação na sua própria casa, eles têm os horários definidos que eles tomam as medicações. Os que não tem condições de gerenciar, a referência providencia. Então a medicação fica na casa da equipe e aí nos horários de tomar eles vão até lá, ou se eles não forem, a referência vai até a casa deles, ou no fim de semana quem está no plantão (Gestora 3).

A mudança importante neste indicador revela que realizou-se um trabalho para os usuários sentirem-se autorizados a também cuidarem de sua saúde, acontecendo deste modo a desinstitucionalização, que “significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa

não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades” (AMARANTE, 1995b, p. 494).

Aqui tentamos muitas vezes fazer com eles e muitas permitir que eles façam sozinhos a partir do momento que eles consigam se sentirem seguros para estarem fazendo essas coisas sozinhos. Precisa ir no supermercado fazer compras, alguns gostam que a referência acompanhe, até pela dificuldade que eles têm em lidar com o dinheiro, assim como tem uns que vão sozinhos ao banco retirar o dinheiro da bolsa De Volta pra Casa, tem outros que precisam que a referência acompanhe pra poder digitar a senha; eles mesmos já sabem qual o dia que sai o dinheiro, um informa o outro, um já vai no banco e já diz para os demais (Gestora 3).

A ação dos trabalhadores é um dos determinantes na possibilidade de ampliação da autonomia dos usuários, pois são os que têm a tarefa de estimular e fazer junto toda vez que for necessário. “A produção de autonomia não se dá em si para si. Ocorre no encontro, nas interfaces psicossociais. Nesse sentido, esta produção está diretamente relacionada ao olhar do outro, que produzirá junto determinadas formas de estar no mundo” (MOREIRA; ANDRADE, 2003, p. 265).

Por fim, a dimensão *emprego*, que corresponde às ações de procurá-lo através de anúncios classificados ou através de contatos com pessoas ou serviços; participar de entrevistas de seleção, ter aspirações realísticas de emprego, e habilidade de cumprir os horários correspondentes aos compromissos, teve uma mudança na média de 7,42 em relação ao tempo em que os usuários viviam no HPSP. Um indicador será destacado, como se verifica no Gráfico 16.

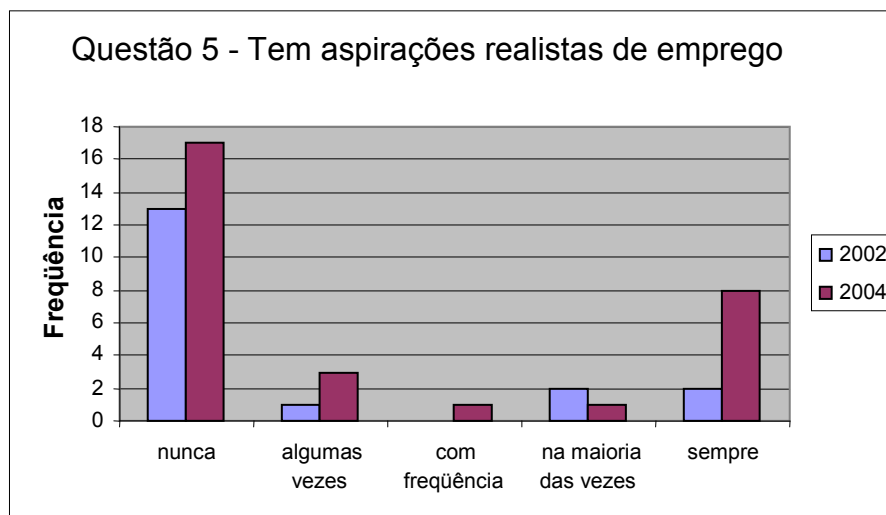


Gráfico 16 - Comparação da frequência da questão 5 do domínio emprego, anos 2002 e 2004.

Fonte: Autora (2007)

A frequência *nunca* aspira um emprego é a maior, tanto em 2002, com 43,33%, como em 2004, com 56,67%, podendo ser várias as explicações, mas principalmente, o fato de que todos os usuários dispõem de remuneração mensal justificaria este resultado. Contudo, é interessante verificar que a frequência *sempre* foi de 6,67% em 2002 e passou para 26,67% (2004), significando que alguns usuários estão se percebendo capazes e autorizados a buscarem um emprego. “A construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 84).

Os nove domínios analisados na comparação das habilidades dos usuários antes e depois do Morada São Pedro, revelaram que se desenvolveu um processo de desinstitucionalização, possibilitador da ampliação da capacidade de autonomia dos sujeitos, de “restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo, reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais, reconstruírem o direito e a capacidade de palavra [...]” (ROTELLI, 1990, p. 32-33).

No exame mais minucioso dos domínios analisados pode-se verificar que há características distintas entre os mesmos, revelando que alguns têm aspectos mais diretamente relacionados à individualidade de cada usuário e dependentes de sua vontade e interesse, bem como de atitudes e comportamentos possíveis decorrentes

do fato de serem portadores de um transtorno mental importante. Outros domínios revelam aspectos dependentes de meios e recursos externos a cada sujeito, no caso, requerem ações e iniciativas do gestor e dos profissionais cuidadores do serviço Morada São Pedro. Deste modo, há domínios que integram o que se está categorizando como dimensão individual e outros, a dimensão organizacional.

Na dimensão individual estão os domínios de alimentação, cuidados pessoais, atividades domésticas e saúde. Já como dimensão organizacional, se identifica os domínios de preparo de alimentos, administração do dinheiro, transporte, lazer e emprego, visto que para os mesmos se realizarem, dependem de estrutura e apoio pessoal como estímulo e motivação, ou seja, de um aparato institucional. No Gráfico 17 se verifica o resultado da comparação destes domínios.

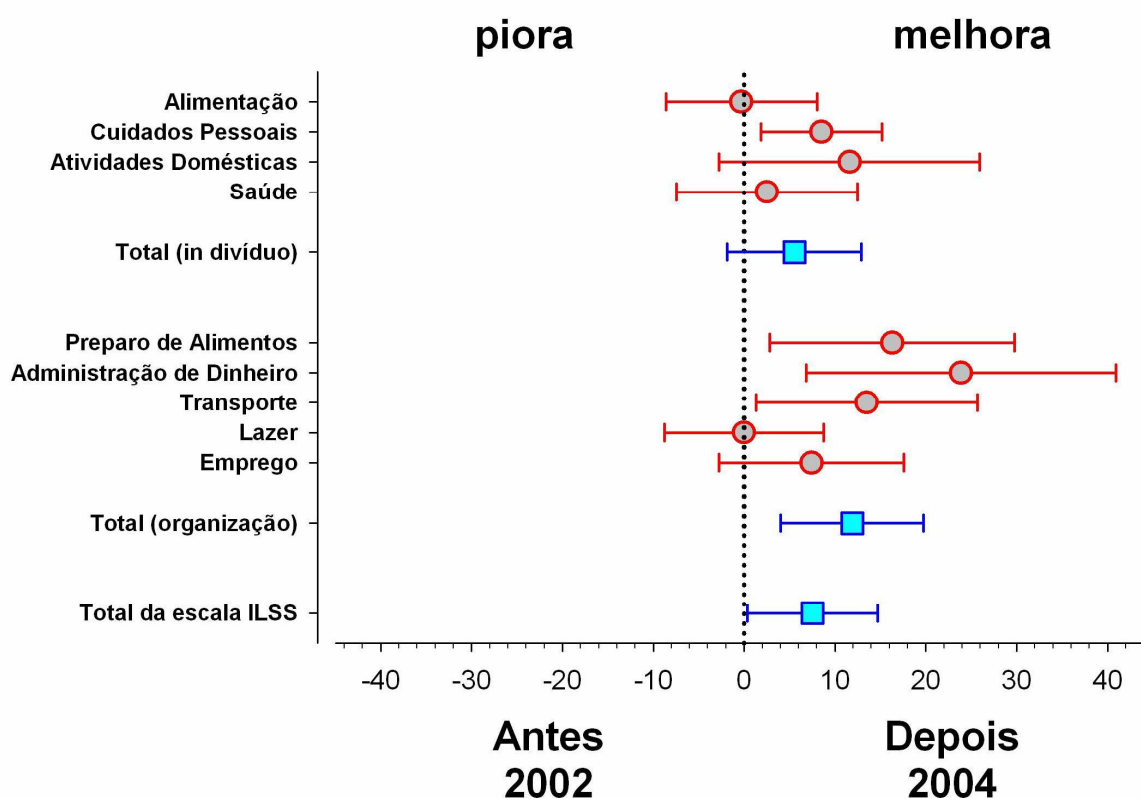


Gráfico 17 - Comparação dos desempenhos dos usuários sobre habilidades da vida diária nas dimensões individuais e organizacionais, anos 2002 e 2004.

Fonte: Autora (2007)

O Gráfico 17 revela que a dimensão individual teve uma média de 5,50 de maior frequência em 2004, na comparação com 2002, enquanto que a dimensão

organizacional teve uma média de 11,86 na comparação no mesmo período²⁰⁹. Este resultado estatístico é altamente satisfatório, pois revela que o serviço Morada São Pedro realizou um conjunto de esforços para viabilizar a desinstitucionalização, proporcionando oportunidades de realizar-se o processo de autonomia possível. Processo este permanente porque histórico e contraditório, requerendo constantes mediações para o enfrentamento da desigualdade intrínseca à sociedade capitalista, e de superação do preconceito e da passagem da condição de objeto para a de sujeito. Pois “[...] a natureza do ato terapêutico agora centra-se em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 81).

Os resultados obtidos na vida dos usuários revelam a presença de duas condições: a primeira, a própria existência e permanência do Morada como um serviço público para atender este segmento da população em condições muito particulares de vida. A materialidade de uma política pública é a condição inequívoca para a efetivação de direitos.

Não há direitos de cidadania em abstrato, a não ser como princípios éticos universais e expectativas de direitos. O usufruto efetivo de direitos depende tanto da inserção dos grupos e indivíduos em ‘circunscrições estatais’ concretas, territoriais, quanto de providências e decisões políticas adotadas por governos concretos (NOGUEIRA, Marco, 2004, p. 62).

E por segundo, o compromisso revelado pelos atores envolvidos neste projeto, que no cotidiano do seu trabalho viabilizam espaço para a produção de novas possibilidades de vida. “Só o fato de escutar e fazer com que a palavra deles tenha valor, tem outro significado. Essa atenção que a gente dá é bem diferenciada da que ele tinha anteriormente, de um outro modelo em que os profissionais acabavam definindo o que era melhor pra eles (Gestora 3).

Estas constatações, formadoras do terreno propício para a emancipação possível, a passagem da condição de sujeitado para a de sujeito de direitos torna-se possível em algumas dimensões da vida dos usuários do Morada. O direito que de imediato se constata é o de poder morar numa casa e não mais numa enfermaria,

²⁰⁹ Ver Anexo D.

sem possibilidade de individualização, privacidade e sem poder sobre o seu cotidiano, este regulado pela rotina hospitalar e manicomial. O morar numa casa equivale a habitar, que para Saraceno (1996a), associado com a rede social e o trabalho, são os três grandes cenários para a promoção da cidadania dos portadores de transtorno mental.

O habitar tem a ver com um grau sempre mais evoluído de 'propriedade' (mas não somente material) do espaço no qual se vive, um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com os outros (SARACENO, 1999, p. 114).

Os usuários chamam suas habitações de *casinhas*, sabem que não são de sua propriedade, mas a consideram sua propriedade simbolicamente, como o lugar em que vivem. “Morar diz respeito a uma das experiências mais fundamentais do ser humano, relaciona-se com a possibilidade de uma ligação profunda com o ambiente ou com uma pessoa que fornece acolhida, proteção e suporte” (WEYLER; FERNANDES, 2005, p. 7), como expressa uma moradora.

Entrevistadora: Qual é a rua em que tu moras aqui? Usuária 2: Na rua J, casa 6. Entrevistadora: Tu gostas de morar aqui? Gosto, me dou com todos eles, converso com eles todos... Eu fico dentro da minha casa, eu fico vendo televisão, não saio, quando meu marido vai trabalhar eu fico em casa. Cozinho pra ele. Cuido dele (Usuária 2).

A condição de estar em casa e seguir seu próprio ritmo no cotidiano é uma vivência importante para os usuários: “às vezes quando eu estou cansada vou me deitar e mais tarde eu levanto, faço café para o meu marido, arrumo a roupa dele do banho” (Usuária 2). Esta condição além de “vivenciar a intimidade de seus afetos, sua relação com os objetos, seus afazeres, sua gente ou, então sua solidão” (FERREIRA, 1999, p. 77), é um direito inalienável de todo sujeito, mas que pela histórica desigualdade brasileira não tem sido vivenciada por todos os seus cidadãos.

Contudo, os usuários revelaram desconhecer o motivo da criação do Morada São Pedro quando perguntados diretamente durante a entrevista (Quadro 19). Este resultado revelou que os mesmos não se apropriaram das razões desencadeadoras deste processo, que foi a reforma psiquiátrica e o São Pedro Cidadão, mesmo resultado encontrado em estudo sobre SRT em Campinas (ARAUJO, 2004). Um

usuário respondeu à questão dizendo se tratar do “projeto da casinha” (Usuária 7). Os demais expressaram:

Eu não sei por que, mas quem deu aquelas casinhas pra nós morar foi o diretor, a V, a M. Aí eu queria que o meu marido morasse comigo... aí tava bem, gostei da casa, gostei da rua; dos vizinhos eu também gostava. Muito mais bem cuidada, muito mais, sou bem atendida, compro o que eu quero (Usuária 3).

Percebe-se nesta exposição da usuária a importância atribuída às relações afetivas e um reconhecimento àqueles que viabilizaram a sua vontade de ter uma outra condição de vida, assim como no constatado no próximo relato.

Entrevistadora: Te perguntaram se tu querias vir pra cá? Usuária 5: Perguntaram... Agora eu moro aqui. Entrevistadora: Desde quando tu moras aqui? Usuária 5: Nem me lembro, eu só vim em janeiro e era o grupo, 2003. Entrevistadora: Tu sabes por estás aqui? Usuária 5: Porque a V. me botou. Entrevistadora: Só por causa da V.? Usuária 5: É!

O desconhecimento do motivo da existência do Morada por parte dos usuários não os impede de constatar as diferenças na forma de cuidado e de consideração com a sua pessoa, como expressam alguns deles.

Entrevistadora: Onde é melhor aqui ou lá? Usuária 4: Aqui porque lá me judiavam muito, botava na sala²¹⁰, me amarravam. Entrevistadora: O que tu gosta daqui? Usuária 4: Comida... eu gosto também de cantar.

A usuária expõe claramente as situações de violência por que passava quando institucionalizada e refere as novas condições de alimentação e uma forma de expressão cultural como motivo de satisfação pelo fato de estar no serviço residencial terapêutico.

Entrevistadora: No que tu achas que é diferente o São Pedro daqui? Usuária 5: Aqui é outra coisa, é melhor, lá a gente via os pacientes, as injeção, aqui é mais calmo, a gente tem nosso cantinho. Eu queria ficar nas casinhas. Entrevistadora: O que tu fazias lá durante o dia? Usuária 5: Tomava remédio.

²¹⁰ Sala de contenção ou cela forte, muito comum nos hospitais psiquiátricos, e proibidos desde 1992 no Brasil, a partir da Portaria do Ministério da Saúde n. 224, pelas suas características de cárcere (Quadro 14).

Aqui a usuária destaca a ênfase existente na doença e no tratamento quando moradora do hospital, e agora a satisfação de ter uma nova referência de vida, o seu cantinho.

Entrevistadora: E porque tu achas que as pessoas moram aqui nas casinhas? Usuária 6: Aqui é bom, lá era ruim, não tinha nada.
Entrevistadora: O que tu podias fazer lá? Usuária 6: Só sentada.

Muito significativa é a percepção dos usuários sobre o lugar do louco, aquele renegado e despossuído de bens e de valor, que se localiza no HPSP, onde a “tutela, a internação tem esta única finalidade: subtração das trocas, estabelecem relações de mera dependência pessoal” (ROTELLI, 1990, p. 31), bem como a produção de uma outra identidade que não a de doente, mas de um sujeito que agora mora em outro lugar.

Entrevistadora: Se te dissesse assim, tu tens de voltar a morar lá no São Pedro, tu aceitas? Usuária 4: Não. Entrevistadora: Por quê? Usuária 4: Eu não gosto de louco.
Entrevistadora: Porque tu achas que existe o São Pedro. Usuária 5: Para os doentes. Entrevistadora: E aqui? Usuária 5: Aqui não é doente.

Estas expressões revelam o estigma que acompanha o lugar de trancar loucos, identificado e reproduzido pelos próprios, quando noutra condição de vida, ainda que num serviço vinculado e dependente da estrutura psiquiátrica hospitalar.

O direito de ir e vir é o mais identificado pelas gestoras como sendo garantido a partir da existência do Morada: “Para mim o maior direito que as pessoas do Morada tem hoje é o direito de ir e vir, esse é o direito que eles têm hoje efetivo” (Gestora 1); “o mais importante é o direito de ir e vir, que eles estão livres para entrar e sair, tanto na instituição que os abrigou por tanto tempo, quanto no espaço da cidade” (Gestora 2). Entre os usuários, somente uma expressou esta nova condição de vida a partir do ingresso no Morada: “O pessoal que veio pra cá tem mais autonomia, liberdade também. Entrevistadora: Liberdade em que sentido? Sair e voltar a hora que quiser. ...” (Usuária 1).

Como instrumentos legais provocadores e promotores de direitos aos portadores de transtorno mental, os gestores identificaram a Carta dos Direitos, produzida no III Encontro Nacional de Usuários e Familiares (Quadro 13), bem como

a lei da reforma psiquiátrica. O trabalho e a educação são as ações identificadas pelas gestoras como as mais significativas proporcionadas pelo Morada para a inclusão social, além do “espaço da vila, as trocas entre os antigos moradores da vila e os novos moradores que são os ex pacientes do hospital’ (Gestora 2).

A maioria dos usuários entrevistados não soube dizer no que consiste a pessoa ter direitos, como uma resposta ilustra: “Não sei, não tenho nem idéia” (Usuária 5), mas algumas expressaram claramente a noção sobre este princípio.

Usuária 5: As crianças jogavam pedra lá em casa. Entrevistadora: Aí tu reclamaste? Usuária 5: Reclamei, aí eles pararam. Entrevistadora: Reclamou na assembleia? Usuária 5: Na Assembleia, tenho meus direitos. Entrevistadora: Sim, isso mesmo! E o que tu entendes por direito? Usuária 5: Pra a gente não jogar pedra na casa de ninguém, a gente tem que ser respeitada como os outros, nada de atirarem pedra na casa de ninguém, um não gosta os outros não gostam. Entrevistadora: E o que mais tu acha que é direito teu? Usuária 5: Direito de cada um ter as suas casas.

O respeito indiscriminado é uma justa reivindicação, pois o mesmo constitui o patamar da civilidade entre os sujeitos. A compreensão de direito social na defesa da moradia para todos revela a magnitude desta necessidade humana e a noção de igualdade de direitos no acesso a este direito. Outra expressão sobre direitos foi verbalizada pela usuária 1.

Entrevistadora: O que tu entendes por ter direitos? Usuária 1: Ter direito é a pessoa ser gente. Entrevistadora: Dá um exemplo de um direito teu? Usuária 1: Direito à liberdade... Entrevistadora: Tu foste votar no domingo? Usuária 1: Votei. Entrevistadora: Outro direito teu. Usuária 1: Eu gostaria de ter mais liberdade e mais direitos. Ter uma conta no banco que eu não tenho (Usuária 1).

A expectativa de ser respeitada como sujeito é preponderante neste grupo de usuários, na expectativa de superar relações marcadas pela discriminação e segregação. Esta situação revela a ausência de direitos, pois os mesmos “estabelecem uma forma de sociabilidade regida pelo reconhecimento do outro como sujeito de interesses válidos, valores pertinentes e demandas legítimas” (TELLES, 1999, p. 138). A manifestação da usuária expõe uma importante violação de direitos, relativa à interdição civil da grande maioria dos usuários do Morada, realizadas para fins de possibilitar acesso a benefícios sociais. No domínio

administração de dinheiro da escala ILSS há uma questão sobre o entendimento dos usuários sobre este processo, cujo resultado se verifica no Gráfico 18.

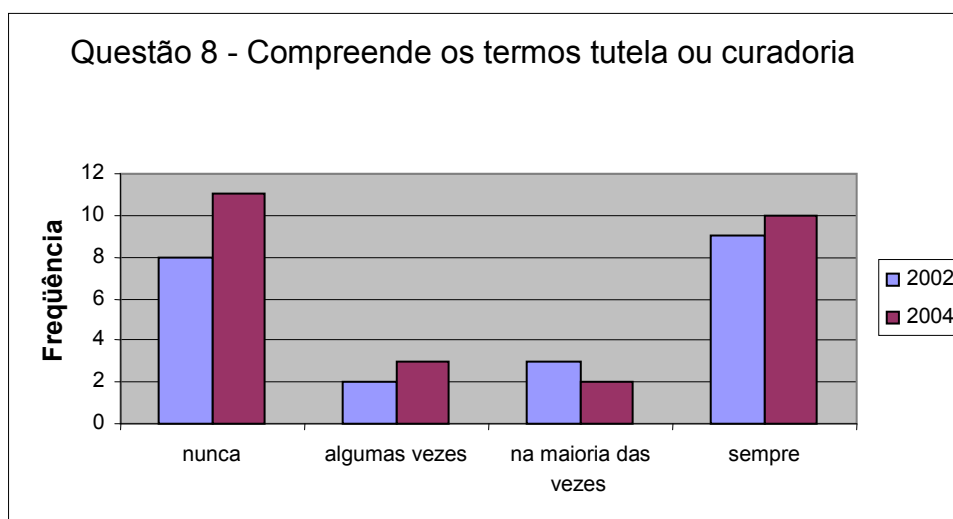


Gráfico 18 - Comparação da frequência da questão 8 do domínio administração do dinheiro, anos 2002 e 2004.

Fonte: Autora (2007)

Constata-se que a frequência *nunca* foi de 26,67% em 2002, alterando-se para 36,67% em 2004. Semelhante são os resultados estatísticos da frequência *sempre*, que foi de 30% em 2002, e passou para 33,33% em 2004. Portanto, a maioria dos usuários desconhece o significado dos termos tutela e curatela, situação corroborada nas entrevistas. Todos os usuários disseram não saber o significado da expressão interdição civil, mas muitos deles sabem que tem relação com impedimentos percebido na vida deles, como a manifestada pela usuária 1, quando expõe seu impedimento para abertura de conta bancária, e a manifestação do usuário 8: “Ela [curadora] tem que assinar um papel lá no juiz, eu não sei assinar”.

O direito e dever de participar do processo eleitoral também ficam prejudicados, situação que é de conhecimento dos usuários conforme seus relatos: “eu não posso votar” (Usuária 5), “eu não voto porque eu não tenho título de eleitor” (Usuário 8) são situações diferentes da usuária 1 que relatou ter votado nas últimas eleições, mesmo sendo interditada. Esta ambigüidade encontrada nos depoimentos sobre o exercício do sufrágio universal tem em si as contradições presentes nas relações entre os sujeitos e o Estado, através das suas instituições, e, portanto, se

constitui num espaço rico de produção de novas possibilidades de protagonismo e de autonomia.

As gestoras explicitam alguns impactos na vida dos usuários decorrentes da interdição civil, como prejuízos no gozo dos direitos civis, a obrigatoriedade de haver nota fiscal de toda compra realizada, para fins de prestação de contas do curador junto ao Ministério Público, a impossibilidade de realização de crediário, sendo necessário o pagamento integral no ato da compra ou depender dos funcionários para fazerem compras de forma parcelada, bem como. “Ela quer trabalhar e isso aí atrapalha a vida dela, porque ela gostaria de não ser interditada, de ser autorizada, de fazer um crediário, comprar as coisas parceladas e não à vista, depende muitas vezes do funcionário fazer a conta no seu nome” (Gestora 3).

A figura do cidadão [...] é identificada à noção mais geral de sujeito, de membro efetivo de uma comunidade humana, que se autodefine pelos critérios de autonomia pessoal, pleno uso das faculdades racionais e responsabilidade por seus atos. A psiquiatria e a justiça, ao decretarem incapacidade civil do louco (superpondo-o à incapacidade laborativa) acabam traindo a vocação de proteção da inspiração legal, e mergulham o louco num limbo social (BEZERRA JÚNIOR, 1994, p. 185).

A expectativa de proteção social presente na interdição civil revela-se como uma forma de mistificação, na medida em que oculta a quem de fato, na prática, se destina a proteção, pois no imaginário social permanece o entendimento de associação direta entre loucura e violência, posição esta referendada por determinados setores da sociedade. De concreto, o instrumento jurídico de interdição quando aplicado a sujeitos não incapazes, traz prejuízos a quem deveria proteger, e como consequência, os transforma em cidadãos incompletos (MEDEIROS, 2005), como ilustra um relato de uma gestora.

Aconteceu com um dos moradores ao fazer uma ocorrência policial e dizerem assim, não, tu és interditado, então não podes assinar, tu não podes fazer essa ocorrência e aí ele disse assim: como é, eu sou cidadão eu tenho direito de fazer uma ocorrência... Acredito que nesse caso ele deve ter dito [ser do Morada] porque ninguém me pergunta quando eu vou lá se sou interditada ou não, certamente eles até dizem assim, das casinhas do São Pedro, se disser isso está ferrado (Gestora 3).

O anúncio feito pelo usuário de ser portador de direitos denuncia uma injustiça e reivindica o tratamento igual aos demais indivíduos. Ainda que

concretamente não exista esta igualdade, tal exigência provoca a desestabilização das “hierarquias simbólicas que os fixam na subalternidade própria daqueles que são privados da palavra ou cuja palavra é descredenciada como pertinente à vida pública de um país” (TELLES, 1999, p. 179). A interdição civil como exigência para a concessão do BPC é uma realidade nos SRT no Brasil assim como é geral a dificuldade para a desinterdição do usuário e a manutenção do benefício (FURTADO, 2006), mas esta possibilidade não foi explicitada entre os sujeitos da pesquisa neste estudo. Esta questão é fundamental na garantia dos direitos, pois pelas características do grupo residente no Morada, faz-se necessária a criação de espaços de reflexão e problematização sobre a condição de interdito, mediações imprescindíveis para a condição de serem sujeitos de direitos.

A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser. É neste sentido que uma pedagogia da autonomia tem de estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade (FREIRE, 2003, p. 107).

Os usuários passarem a ser protagonistas de suas vidas requer a vivência de oportunidades de maior autonomia, pois assim será possível uma aproximação da condição de liberdade, esta entendida como possibilidade objetiva, ou seja, “capacidade para perceber possibilidades e o poder para realizar aquelas ações que mudam o curso das coisas, dando-lhe outra direção ou outro sentido” (CHAUÍ, 1999, p. 362). O serviço Morada proporciona espaços de discussão sobre “dificuldades de relacionamento, autonomia e responsabilidades quanto aos cuidados pessoais, culinária, cuidados com a moradia, relação com vizinhos, dentre outros” (BELINI; HIRDES, 2006, p. 13), que podem ser potencializados para a problematização dos desafios para os usuários se autoproclamarem como sujeitos pertencentes a uma sociedade, com direitos e deveres como os demais cidadãos.

O exercício democrático e a defesa da cidadania têm como pressuposto sujeitos sociais que se organizam para reivindicar direitos. Adquirem, no processo, capacidade crescente de vocalização. Isto é, de se fazerem ouvir e de se representarem no espaço público, ampliando e aprofundando o debate político (BODSTEIN, 2003, p. 20).

A condição de requisitar e reivindicar é fundamental, pois os direitos dos homens são constituídos em determinados momentos históricos, “caracterizados por

lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez, nem de uma vez por todas” (BOBBIO, 1992, p.5). Na prática, já está anunciada a reversão da violação de direitos para o acesso ao BPC, com a recente revogação da exigência de interdição civil pela previdência social²¹¹ no Brasil.

Na situação relatada, não houve um cuidado em acolher a denúncia que estava sendo feita, mas sim com a legalidade. O cumprimento com a legalidade é uma responsabilidade do órgão policial assim como do setor da educação é o de criar os meios pedagógicos para propiciar o processo de ensino e aprendizagem. A prioridade com a realização da missão do setor educação também gera um prejuízo ao processo de emancipação possível pela educação.

Nós tivemos um grupo que participou do X²¹², que é aquele projeto de alfabetização por três meses, que pra nós foi um sucesso, mas que apenas um do grupo de cinco alunos passou. Então a professora considerou um fracasso. Isso é uma coisa que a gente quer retomar e tem muitos interessados que querem voltar a estudar, só que eles não querem que ocorra no São Pedro, eles querem ir pra fora, tanto que esse mesmo grupo, eles começaram indo com uma referência e depois eles mesmos disseram que sabiam ir sozinhos, pegar o ônibus e que iriam sozinhos para o X. Para nós só o fato de ter tido toda essa evolução, foi o maior sucesso do mundo [...] o fato de poder estar saindo daqui, pegando um ônibus; tiveram alguns que aprenderam assinar o nome, estar assinando um recibo, pra nós é o máximo (Gestora 3).

A possibilidade de participar de um projeto de alfabetização oferecido para o público em geral tem um significado importante, pois transmite a mensagem aos usuários de que apesar das diferenças existentes, recebem um mesmo tratamento. A dificuldade da organização em absorver esta realidade e de exclusivamente valorizar o alcance do conhecimento almejado, dificulta a efetivação de processos de inclusão social, gerando reflexões sobre que saídas possíveis podem ser construídas, que não repitam a lógica totalizante de oferecer educação especial para alunos especiais.

As longas décadas de reclusão promoveram significativas experiências de desenraizamento da cidade e de suas tradições culturais. São indivíduos que foram apartados de seus territórios, de suas famílias, grupos sociais e, sobretudo, de seus direitos sociais e civis fundamentais. A

²¹¹ Ver item 3.3.

²¹² Referência a uma organização não governamental que desenvolve projetos de alfabetização no estado e no país.

possibilidade de voltar a freqüentar diferentes espaços públicos de uma cidade implica o retorno e a circulação de modos de viver e de habitar a cena urbana [...] (WEYLER; FERNANDES, 2005, p. 2).

O convívio com aqueles que são diferentes causa estranhamento e perplexidade, sentimentos que atravessam as relações cotidianas entre grupos, por isto faz-se necessário ações de esclarecimento ao público em geral sobre as características particulares de segmentos da população. A sociedade vem tendo uma maior tolerância na convivência entre grupos de determinadas minorias, quando esta não acarreta competição sobre postos de trabalho e usufruto de bens e serviços. Ainda que haja estranhamento, há uma tendência de serem considerados dois pressupostos, opostos entre si:

[...] a promoção da igualdade universal, particularmente viável no contexto das mudanças globais, com a suposta homogeneização social, os processos de democratização e ampliação de oportunidades; e, por outro lado, tem lugar a “política da diferença”, que postula o resgate de identidades únicas, individuais e coletivas, e a reivindicação da diversidade, da autonomia e da diferença (FERNÁNDEZ, 2005, p.195).

Esta tendência de valorizar as diferenças existentes entre os que são iguais, no sentido de que todos têm os mesmos direitos, é fundamental para a reversão do preconceito ao portador de transtorno mental. Contudo, este preconceito não tem a prerrogativa de ser único, pois há estranhamentos toda vez que há ingresso em territórios desconhecidos, como na ilustração de um episódio.

A pessoa de quem eu sou referência dizia assim, eu prefiro comprar no armazém da vila e no início eu até senti medo, porque no Z²¹³, eu me sinto bem e ela não. Os seguranças ficam olhando dos pés a cabeça, ela fica um pouco constrangida e esse constrangimento eu tive quando eu fui com ela na vila, onde ela tranqüilamente transitou e onde todo mundo me olhava dos pés a cabeça, então eu me senti como ela se sentiu no Z e ali no armazém ela chega e grita no balcão, eu quero isso, eu quero arroz, quero tal coisa (Gestora 3).

Outro fenômeno que agride a dignidade, independente da condição de ser usuário de transtorno mental, experienciada pelos usuários do Morada é a violência urbana, como expressam: “a falta de segurança na nossa casa” (Usuária 1); “as crianças jogavam pedra lá em casa” (Usuária 5); “eles assaltam” (Usuário 8). A

²¹³ Referência a um supermercado próximo ao Morada, que se localiza dentro de um centro comercial.

escolha do território da Vila São Pedro para a construção do Morada foi alvo de críticas, pois houve a defesa da idéia de que dentro do HPSP os mesmos estariam mais protegidos do que expostos a riscos por passarem a viver na vila.

Dizia-se que a idéia era irresponsável e a Direção chegou a ser acusada de desumana, por “jogar” pessoas incapazes e vulneráveis às atrocidades da vida desprotegida fora do manicômio. Não eram incomuns comentários de que levar doentes mentais para dentro de uma Vila popular, reconhecidamente violenta, seria condená-los à morte, incluindo aí os próprios trabalhadores que ousassem aderir à proposta (PAULON et al., 2007, p. 11).

A violência na forma de “delinqüência que se revela nas ações fora da lei socialmente reconhecida” (MINAYO, 1994, p. 8), é um dos fenômenos decorrentes da urbanização, da alta concentração de renda e dos processos de desfiliação, ou, “ruptura de vínculo com o social” (CASTEL, 1994, p. 23). Na atualidade, diversas forças sociais se articulam para pensar formas de enfrentamento da violência, nas suas mais variadas expressões, na certeza de que se trata de um fenômeno transversal e estrutural.

Na ótica do espaço urbano, os governos municipais enfrentam limitações para o incremento do desenvolvimento urbano, apesar dos processos de descentralização das políticas públicas desde os anos 1980, acompanhados da redução de investimentos e de mecanismos eficientes para a “sua intervenção nas cidades, o que em parte explica os problemas de ilegalidade, desordem, marginalidade e pobreza com que se dá o fenômeno de urbanização” (DIAZ, 2005, p. 87). A violência urbana não é um fenômeno exclusivo das vilas irregulares, habitadas por contingentes populacionais que não conseguiram ter acesso a políticas públicas, pela razão destas serem insuficientes para as necessidades dos sujeitos. Independente da localização territorial, a violência urbana está presente no cotidiano da vida de todos os sujeitos, assim como os usuários do Morada.

As cidades dos nossos dias, como as do passado, são territórios de fecundos conflitos, experimentações, lugar onde se produz a face do diverso, do estranho, do familiar, do estrangeiro. Local ao mesmo tempo de fabricação de práticas para acolhê-los, dar corpo às suas faces ou dissipá-los (BAPTISTA, 1999, p. 123).

Os desafios postos aos homens e mulheres habitantes das cidades são os mesmos dos usuários do Morada, e os resultados obtidos na investigação revelaram

que os usuários estão satisfeitos de modo geral com a transferência para o serviço e saída do HPSP, situação também encontrada em avaliações de outros SRT (GUIMARÃES; SAEKI, 2001, MILAGRES, 2002; JAEGGER et al., 2004). Constatase também que passaram a ter uma condição de vida mais digna e com ampliação de usufruto de alguns direitos, dentre os já constituídos na trajetória de constituição da cidadania, esta entendida como “um conjunto de direitos positivos que vincula o cidadão a seu Estado” (FLEURY, 1994 p. 59).

A reforma psiquiátrica no Brasil produziu mudanças significativas que estão alterando positivamente a atenção em Saúde Mental, e no Rio Grande do Sul, a experiência estatal pública analisada revelou que existe a possibilidade de se concretizar uma ação intersetorial e com financiamento intragovernamental para o acesso dos usuários a diversos programas sociais públicos. A oportunidade deste grupo de usuários integrantes do serviço residencial terapêutico gerou maior autonomia nas suas vidas, reflexo também da postura dos profissionais na condução de uma proposta de desinstitucionalização. Contudo,

A constituição efetiva da conquista da cidadania só estará configurada como tal na exata medida em que ultrapasse o âmbito exclusivo do acesso a determinados serviços e benefícios e tenha como eixo articulador a constituição da autonomia dos sujeitos sociais, portadores do direito de responsabilmente promoverem suas escolhas (COHN, 2003, p. 31).

A efetivação dos direitos dos portadores de transtorno mental requer, portanto, a garantia do acesso às políticas sociais e uma postura ética de respeito as suas singularidades, possível de se constituir com a superação radical da mentalidade de discriminação existente nas relações entre homens e mulheres. Este é um horizonte a ser perseguido, pois os usuários ainda têm uma longa caminhada para se constituírem de fato como sujeitos de direitos, na sua plenitude, para além do direito ao consumo e de morar em condições dignas. Para a maioria realizar-se, faz-se necessário o compromisso e o trabalho de muitos e diversificados agentes sociais, quando se estará realizando substancialmente a reforma psiquiátrica.

5 CONCLUSÕES

A possibilidade de desvelar dimensões da realidade a partir da investigação é sempre uma rica oportunidade de contribuição na geração de conhecimentos sobre fenômenos sociais relevantes. O desafio de conhecer e compreender ângulos de uma totalidade é permanente, sendo possível algumas capturas e traduções desta dinâmica e contraditória sociedade.

A produção das relações entre homens e mulheres e os contrastes e interdependências dos âmbitos de natureza social e o econômico formam o rico processo histórico de constituição dos postulados éticos de respeito e valor dos sujeitos. E é desta condição que existe a possibilidade de se realizar a aventura de ampliar e criar novas compreensões e entendimentos sobre determinados fenômenos sociais. Somente quando sujeito pertencente a um determinado contexto é possível a dúvida, a incerteza e a crítica do processo em si, o que leva ao desafio de buscar respostas.

Neste sentido, esta produção é fruto do protagonismo na construção de um outro modo de pensar e agir em relação a um segmento da população historicamente alijada socialmente. O ideário da reforma psiquiátrica produziu resultados que ainda precisam ser consolidados. Para tanto, sua problematização é fundamental para gerar novas luzes e inspirações para a sua afirmação.

No entanto, a problematização é possível na perspectiva da historicidade, pois os homens e mulheres respondem às necessidades humanas com a produção de bens materiais que gerarão a cultura e o conhecimento sobre si e o mundo, ou seja, produzem fazendo história. Decifrar e detectar as interconexões históricas são fundamentais para explicitar a dinâmica e a contradição presente nas políticas sociais, a partir do comportamento do Estado nas suas relações com a sociedade.

A sistematização sobre a gênese e formulação da política de saúde no Brasil revelou a visão estratégica do setor tanto na reprodução das condições de vida das classes de trabalhadores, como para o desenvolvimento da nação, como também explicitou os fundamentos teóricos da ainda presente dissociação e desarticulação entre saúde coletiva e saúde individual, na disputa constante entre os interesses do

mercado e as demandas da cidadania. A interconexão de interesses do capitalismo mundializado também fica evidenciada pelas diferentes formas de orientação através dos organismos multilaterais, num contexto de profundas transformações societárias advindas da reestruturação produtiva do capitalismo.

As orientações dos organismos multilaterais expressam as novas relações constituídas no âmbito planetário, que como conseqüência alteram o conceito de Estado-Nação, e definitivamente influenciam a formulação da política de saúde brasileira. Ora a ênfase está no modelo hospitalocêntrico, ora está nos serviços locais de saúde básica, com o estímulo à formulação de novas modalidades de atenção para facilitar o afastamento do Estado das suas obrigações constitucionais.

Mudanças recentes alteraram a gestão do sistema de saúde através do incremento da descentralização, mas a manutenção da política de redução do financiamento público dificulta a ampliação e conseqüente qualidade dos serviços prestados à população, num setor fundamental para a reprodução das condições de vida dos sujeitos. Tem-se presenciado inúmeros recuos no processo de consolidação real do sistema de saúde, em especial quanto aos aspectos fundamentais do financiamento, do desenho organizacional e da prestação direta de serviços à população, ao mesmo tempo em que se amplia o ordenamento legal da saúde privada sob a denominação de saúde suplementar, crescendo a oferta de serviços de natureza privada e contratada por empregadores e empregados. Ou seja, a lógica de que a saúde é um direito de quem trabalha continua vigorando, pela maior presença do mercado no setor de saúde, ficando o serviço público destinado às camadas “pobres e carentes” da sociedade.

A reforma psiquiátrica brasileira viabilizou-se no bojo da reforma sanitária, que por sua vez, implanta-se no ambiente das transformações societárias mais recentes. Sua proposta é de reversão do modo de atenção em saúde mental de características hospitalocêntrica e manicomial, historicamente construído sob a égide da racionalidade e segregação. Esta é a perspectiva de reforma psiquiátrica defendida, com a centralidade da cidadania dos sujeitos, estes inseridos numa histórica e determinada sociedade. Esta proposta ainda requer ser defendida e consolidada, visto que a substituição da atenção em saúde mental pode estar a

serviço da desresponsabilização do Estado, em tempos de ajustes estruturais e alterações no seu papel, no caso brasileiro.

A sociedade do Rio Grande do Sul tem um acúmulo significativo de produção nos âmbitos político, cultural e técnico no campo da saúde mental, condição que viabilizou a existência de um serviço de atenção a sujeitos portadores de transtorno mental grave, proporcionando-lhes uma outra condição de vida. Os governos têm tido responsabilidade com esta população, sob sua tutela ao longo de vários anos, cumprindo deste modo com uma das dimensões da lei de Reforma Psiquiátrica estadual.

Esta posição é resultante de um profícuo e permanente debate entre várias forças sociais, que por mais que a posição ainda hegemônica seja a de manter a tradição e o conhecimento pretensamente científico de que lugar de louco é no hospício, tem havido possibilidades de avanços contra-hegemônicos. O serviço residencial terapêutico Morada São Pedro é uma evidência da possibilidade de ser ofertada uma modalidade de cuidado que garante a ampliação da autonomia dos portadores de transtorno mental.

A desinstitucionalização foi operada na vida dos usuários a partir do seu ingresso no Morada São Pedro, pois os mesmos obtiveram condições favoráveis para a ampliação da autonomia, com possibilidades de maior circulação pela cidade, capacidade de fazer escolhas, acesso ao consumo de bens e materiais, no maior domínio nos cuidados com a própria saúde e no desenrolar da vida diária. Cotidiano este que altera significativamente suas condições de vida, comparadas com as de segregação, típica de institucionalização psiquiátrica, como se verificou na comparação dos desempenhos dos usuários sobre habilidades da vida diária entre os anos 2002 e 2004. Os resultados estatísticos foram muito satisfatórios, corroborados pelas manifestações dos usuários, revelando que os trabalhadores e os gestores do Morada São Pedro realizaram um conjunto de esforços para viabilizar a desinstitucionalização, pois ficou evidenciado que os usuários estão em processo de apropriação da sua vida.

Os aspectos que contribuíram para este resultado estão fortemente relacionados à efetivação de uma política pública e ao comprometimento dos

trabalhadores com um determinado propósito. A construção das casas, com estrutura para receber pequeno grupo de usuários, permitindo assim a valorização e o apoio a cada indivíduo, a manutenção da estrutura logística e da equipe de profissionais, ações estas realizadas pela esfera de gestão estadual, complementado pelo apoio financeiro a cada usuário pela instância federal, foram determinantes para a ampliação da capacidade de autonomia dos moradores.

O Morada São Pedro é um serviço público recente, considerando que tem quatro anos de funcionamento e ainda inconcluso. No período transcorrido, não houve possibilidades de ser efetivado o conjunto de ações planejadas originalmente, assim como não foram feitos projetos de alteração. A explicação está relacionada aos impasses, ainda presentes, sobre o futuro do hospital psiquiátrico público, ao qual está vinculado. E é esta situação que tem dificultado a realização de processos de ampliar efetivamente os direitos dos seus usuários.

Estes precisam se reconhecer como sujeitos de direitos, condição fundamental de cidadania, pois não basta este valor ser anunciado por outros, só terá sentido e razão de ser, quando pronunciado pelos próprios. Tarefa complexa, visto que tal reconhecimento ainda é uma construção histórica a se realizar na sociedade brasileira. Para ser possível o autoreconhecimento como sujeito de direitos, é preciso que os demais agentes sociais implicados tenham esta perspectiva, para serem provocadores e estimuladores da transformação.

A constatação é resultante da pesquisa que anuncia o processo ainda a ser realizado, pois, por mais que tenha havido avanços no ordenamento jurídico-legal e na formulação e execução da política pública de saúde mental, como demonstrado, não se pode deduzir que a materialidade no acesso a modos de vida mais dignos seja suficiente para a emancipação. Esta, um processo de vir a ser, se constrói com o respeito aos desejos expressos dos usuários, de mais liberdade, mais independência em relação à instituição e como indivíduo juridicamente reconhecido. As contradições presentes nas relações entre os sujeitos e entre estes e o Estado, através das suas instituições, constituem-se num espaço rico de produção de novas possibilidades de protagonismo e de exercício pleno de direitos.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. 2. ed. São Paulo: Mestre Jou, 1982.

ABELHA, L.; MUÑOZ, M. D.; GONÇALVES, S.; FAGUNDES, P.; BARBOSA, D. R.; LEGAY, L. F.; LOVISI, G. Evaluation of social disablement, psychiatric symptoms and autonomy in long-stay psychiatric patients. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 33, n. 1, p. 10-17, 2006.

ALMEIDA, C. Crise Econômica, Crise do *Welfare State* e Reforma Sanitária. In: GERSCHMAN, S; VIANNA, M. L. W. (Org.). *A Miragem da Pós-Modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

ALVES, D. S. N. et al. Elementos para uma Análise da Assistência em Saúde Mental no Brasil. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., Brasília. *Anais...* Ministério da Saúde, 1992.

ALVES, J. L. Direitos Humanos, Cidadania e Globalização. *Lua Nova*, São Paulo, n. 50, 2000.

ALVES, M. C. Construindo a Reforma Psiquiátrica no Cotidiano da Comunidade da Vila São Pedro. *Monografia de Especialização em Saúde Mental*. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2002.

AMARANTE, P. Asilos, Alienados e Alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. (Coord.). *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____. Novos sujeitos, Novos Direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995b. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2005.

AMARANTE, P. et al. Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil: a regulamentação das internações involuntárias como estratégia de proteção da cidadania e dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. BRASIL. Ministério da Saúde. Fiocruz. *Saúde e direitos humanos*, Brasília, ano 2, n. 2, p. 53-59, 2005.

ANDERSON, P. Balanço do Neoliberalismo. In: BORÓN, Atílio; SADER, E. (Org.). *Pós-Neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

ANDREOLI, S. B. Serviços de Saúde Mental no Brasil. In: MELLO, Marcelo Feijó; MELLO, Andréa de Abreu Feijó; KOHN, Robert (Org.). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

ANTUNES, R. *A Desertificação Neoliberal no Brasil*: Collor, FHC e Lula. Campinas: Autores Associados, 2004.

ARAUJO, A. de. Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: um estudo etnográfico sobre as moradias de Campinas, São Paulo. *Tese de Doutorado*. Vitória, ES - PPGP/UFES, 2004. Disponível em: <<http://www.ufes.br/~dpg/psicologia/teses/2004aa.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2006.

AROUCA, S. A Hipercrise Sanitária. *Indicadores Econômicos FEE*: desempenho da economia do RS, Porto Alegre, v. 19, n. 4, jan. 1992.

_____. O Sentido da Reforma da Reforma. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 48, ago. 2006.

ASSOCIAÇÃO Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social. Análise da seguridade social. *Revista de Seguridade Social*, Brasília, ano 13, n. 87, abr./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.anfip.org.br>>. Acesso em: 26 nov. 2006.

BAER, W. *A Industrialização e o Desenvolvimento Econômico do Brasil*. 7. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1988.

BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou Transinstitucionalização: lições de alguns países. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 7, p. 355-360, 1991.

BANDEIRA, M.; LESAGE, A.; MORISSETE, R. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 43, n. 12, p. 659-666, 1994.

BANDEIRA, M.; LIMA, L. A.; GONÇALVES, S. Qualidades Psicométricas no Papel da Escala de Habilidades de Vida Independente de Pacientes Psiquiátricos (ILSS-BR). *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 30, n. 4, p. 121-125, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v30n4a02.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2006.

BAPTISTA, L. A. *A Cidade dos Sábios*: reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades. São Paulo: Summus, 1999.

BAPTISTA, D. M. T. O Debate Sobre o Uso de Técnicas Qualitativas e Quantitativas de Pesquisa. In: MARTINELLI, M. L. (Org.). *Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras, 2003.

BARROS, D. D. Cidadania Versus Periculosidade Social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BASAGLIA, F. *A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática – Conferências no Brasil*. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BATISTA, P. N. O Consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos. *Caderno Dívida Externa*, São Paulo, n. 6, 1994.

BEHRING, E. R. *Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. *Política Social no Capitalismo Tardio*. São Paulo: Cortez, 1998.

BELINI, M. G; HIRDES, A. Projeto Morada São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental. *Revista Texto&Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, 2006. Disponível em: <<http://www.textoecontexto.ufsc.br/index.php>>. Acesso em: 15 jan. 2007.

BEZERRA JÚNIOR, B. De Médico, de Louco e de Todo Mundo um Pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos oitenta. In: GUIMARÃES, Reinaldo, TAVARES, Ricardo (Org.). *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

BICCA, M. L. C; PATRÍCIO, I. R. O Hospital Psiquiátrico São Pedro e seus Programas de Reabilitação: uma análise na ótica do Serviço Social. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 99-102, 1981.

BIELSCHOWSKI, R. *Pensamento Econômico Brasileiro: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo*. 5. ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 2004.

BOBBIO, N. *A Era dos Direitos*. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

_____. *Liberalismo e Democracia*. Tradução: Marco Aurélio Nogueira. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

BODSTEIN, R. Democracia e Cidadania: notas para um debate sobre direito à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003.

BOLIS, M. *Aftermath of the Caracas Declaration: the development of mental health policies and legislation in Latin America and the English – speaking Caribbean during the last ten years*. Washington: Pan American Health Organization; World Health Organization, 2001. Disponível em: <www.paho.org>. Acesso em: 4 set. 2005.

BORGES, V. F. A Cidade, Espaço de Produção Social: sob o olhar do Serviço Social. *Trabalho de Conclusão de Curso*. Curso de Serviço Social. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, 2004.

BORÓN, A. Os Novos Leviatãs e a Polis Democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Org.). *Pós-Neoliberalismo II: que estado para que democracia?*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRAVO, M. I. S; SOUZA, R. O. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. *Ser Social*, Brasília, n. 10, jan./jun. 2002a.

BRAVO, M. I. S. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, M. I. S; PEREIRA, P. A. P. (Org.). *Política Social e Democracia*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002b.

BRENER, J. Afinal, Quem Não É? *Revista Atenção*, São Paulo, 01 abr. 1996.

BRESSER PEREIRA, L. C. Gestão do Setor Público: estratégia e estrutura para um novo estado. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, Peter (Org.). *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. Disponível em: <www.bresserpereira.org.br/papers/1998/98-GestaoDoSetorPublico-Estrategia&Estrutura.pdf>. Acesso em: 12 out. 2006.

BRITTO, R. C. A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. *Dissertação de Mestrado*. Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BUSNELLO, E. D. *Discurso de Posse na Direção do Hospital Psiquiátrico São Pedro*. SSMA - Escola de Saúde Pública: Porto Alegre, 27 abr. 1983. Mimeografado.

_____. O Paciente Psicossocialmente Crônico: um problema e suas complexidades. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 187-94, 1985.

BUSS, P M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BUSSINGER, V. V. Fundamentos dos Direitos Humanos. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 53, mar. 1997.

CABRAL, K. V.; BELLOC, M. M. O Acompanhamento Terapêutico como Dispositivo da Reforma Psiquiátrica: duas experiências em saúde mental coletiva. In: PALOMBINI, A. L. et al. *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

CALDERÓN, F.; JELIN, E. Classes Sociais e Movimentos Sociais na América Latina: perspectivas e realidades. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, n. 5, p. 67-85, 1987.

CAMPOS, A.; POCHMANN, M.; AMORIM, R.; SILVA, R. (Org.). *Atlas da Exclusão Social no Brasil: dinâmica e manifestação territorial*. São Paulo: Cortez, 2003. v. 2.

CAMPOS, G. W. S. É Preciso Fazer a Reforma da Reforma do SUS e Dar Fim aos Desmandos. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 33, maio 2005.

CAPISTRANO FILHO, D. *Da Saúde e das Cidades*. São Paulo: Hucitec, 1995.

CARVALHO, E. F. Os Excluídos: procurando o Estado, buscando a sociedade e descobrindo caminhos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003.

CARVALHO, G. A Inconstitucional Administração Pós-Constitucional do SUS Através de Normas Operacionais. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 07 ago. 2006.

CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CARVALHO, M; CORDOVIL, C. 12ª Conferência Nacional de Saúde: hora de fazer. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 18, fev. 2004.

CASTEL, R. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. Da Indigência à Exclusão, a Desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (Org.). *SaúdeLoucura*, n. 4. São Paulo: Hucitec, 1994.

CASTELLARIN, C. Avaliação de um Serviço de Reabilitação de Doentes Psicossocialmente Crônicos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 199-215, 1985.

CASTELLS, M. Para o Estado-Rede: globalização econômica e instituições políticas na era da informação. In: BRESSER PEREIRA, LC; WILHEIM, J; SOLA, L. (Org.). *Sociedade e Estado em Transformação*. São Paulo: UNESP; Brasília: ENAP, 1999.

CATTANI, A. D. *Trabalho e Autonomia*. Petrópolis: Vozes, 1996.

CHAUÍ, M. *Cultura e democracia*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

_____. *Convite à filosofia*. 12. ed. São Paulo: Ática, 1999.

CENTRO DE JUSTIÇA GLOBAL. Direitos Humanos no Brasil. *Relatório Anual*. Rio de Janeiro: Justiça Global, 2004.

CERQUEIRA, L. *Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental*. São Paulo: Atheneu, 1984.

COHEN, C; MARCOLINO, J. Á. M. Noções Históricas e Filosóficas do Conceito de Saúde Mental. In: COHEN, Cláudio; FERRAZ, Flávio Carvalho; SEGRE, Marco (Org.). *Saúde Mental, Crime e Justiça*. São Paulo: USP, 1996.

COHN, A. A Saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. Saúde para Todos. In: RATTNER, Henrique (Org.). *Brasil no Limiar do Século XXI: alternativas para a construção de uma sociedade sustentável*. São Paulo: USP, 2000. (Coleção Estante USP – Brasil 500 anos).

COHN, A; ELIAS, P. E. M. Equidade e Reformas na Saúde nos Anos 90. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 173-180, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13803.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2005

COIMBRA, C. M. B. Neoliberalismo e Direitos Humanos. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CONTEL, J. O. B. Hospital Psiquiátrico Tradicional: uma aproximação aos diagnósticos da situação. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 3, n. 3, p. 185-189, 1981.

COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil*. 4. ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

_____. As Éticas da Psiquiatria. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina; SILVA FILHO, João Ferreira (Org.). *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.

COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. 2. ed. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Abrasco, 1986.

_____. *Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: saúde e saneamento na agenda social*. São Paulo: Hucitec, 1998.

_____. Reforma do Estado e o Setor Saúde: a experiência brasileira da última década. *Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

COSTA, B. M. São Pedro, hospital ou manicômio? *Jornal do Simers*, Porto Alegre, jul. 2001.

COSTA, A. C. F. *Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Brasília: NESP / CEAM Unb, 2002. Material de formação de sanitarista para Promotores de Justiça.

COUTINHO, L. G. A Fragilidade do Brasil em Face da Globalização. In: BAUMANN, R. (Org.). *O Brasil e a Economia Global*. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

COUTO, B. R. *O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?*. São Paulo: Cortez, 2004.

DABÈNE, O. *A América Latina no Século XX*. Tradução: Maria Izabel Mallmann. Porto Alegre: Edipucrs, 2003.

DAGNINO, E. (Org.). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DALLARI, S. G. *Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. (Saúde em Debate, n. 72).

DALLARI, D. A. Direitos Humanos, Exclusão Social e Educação para o Humanismo. In: PIRES, Cecília Pinto et al (Org.). *Direitos Humanos: pobreza e exclusão*. São Leopoldo: Adunisinos, 2000.

DALMOLIN, B. M. *Esperança Equilibrista: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (Coleção Loucura & Civilização).

DAVID-MÉNARD, M. *A Loucura na Razão Pura*. São Paulo: Editora 34, 1996. Tradução de: Heloisa B. S. Rocha.

DEGENNSZAJH, R. R. Desafios da Gestão Democrática das Políticas Sociais. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social, módulo 3*. Brasília: UnB, 2000

DELGADO, P. G. G. *As Razões da Tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

_____. Perspectivas da Psiquiatria Pós-Asilar no Brasil. In: TUNDIS, A. S.; COSTA, N. do R. *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 4. ed. Petrópolis: Vozes; Abrasco, 1994.

_____. No Litoral do Vasto Mundo: Lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica. In: VENÂNCIO, A. T.; CAVALCANTI, M. T. (Org.). *Saúde Mental: campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: Edições IPUB, 2001.

_____. Conferência de Abertura do Seminário Mental Tchê, em 19 maio 2006, intitulada "A formidável banalidade da vida cotidiana". São Lourenço do Sul, 2006.

DELGADO, P. G. G. et al. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

DIAS, M. T. G. Os (des) Caminhos da Política de Saúde Mental no Rio Grande do Sul: uma análise da implantação da Lei de Reforma Psiquiátrica. Porto Alegre: PUCRS, 1997. 147 p. *Dissertação* - Faculdade de Serviço Social – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 1997a.

_____. Manicômios: sua crítica e possibilidade de superação. In: PUEL, Elisia et al. *Saúde mental: transpondo as fronteiras hospitalares*. Porto Alegre: DaCasa, 1997b.

DIAS, M. T. G.; CRUZ, R. A. C.; RAMMINGER, T.; SEVERO, T. B. Hospital Psiquiátrico, Violência e Morte: o caso do São Pedro – RS. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *A Instituição Sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil*. Brasília: CFP, 2001. p. 11-45.

DIAS, M. T. G.; MONTEIRO, J.R. Seguimento e Avaliação da Reforma Psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico São Pedro. BRASIL. Ministério da Saúde. SAS. Projeto Reforsus. *Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências novas tecnologias assistenciais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. p. 203-222.

_____. Projeto Morada São Pedro. BRASIL. Ministério da Saúde. SAS. Projeto Reforsus. *Experiências Inovadoras no SUS: Relatos de Experiências Novas Tecnologias Assistenciais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. p. 223-238.

DIAS, M. T. G.; REVERBEL, Carmen; CRUZ, Régis Antônio C; FRICHEMBRUDER, Simone C; RAMMINGER, Tatiana; WAGNER, Luciane. Seguimento e Avaliação da Reforma Psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico São Pedro. In: FERLA, Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (Org.). *O Fazer em Saúde Coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa; Escola de Saúde Pública RS, 2002c.

DIAS, M. T. G. São Pedro Cidadão e a Saúde Mental no Rio Grande do Sul. *Textos do Brasil*, n. 10. Experiências, visões e perfis brasileiros em saúde. Ministério das Relações Exteriores. Brasília: MRE, 2002d.

_____. Reforma Psiquiátrica e os Direitos das Pessoas Portadoras de Sofrimento Psíquico: avanços ainda necessários. In: ENCONTRO DE PESQUISA NA ÁREA DE SERVIÇO SOCIAL, 5., 2003, Campinas. *Anais...* Campinas: PUC-Campinas, 2003.

_____. Garantias e Violações de Direitos no Campo da Saúde Mental. In: RIO GRANDE DO SUL. Assembléia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. *Relatório Azul 2004: garantias e violações dos direitos humanos; 10 anos, edição comemorativa*. Porto Alegre: Corag, 2004a.

_____. Diretrizes Políticas dos Organismos Internacionais na Área da Saúde Mental. In: SIMIONATO, I.; NOGUEIRA, V. M. R. (Org.). *Dilemas do Mercosul: reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social*. Florianópolis: UFSC, 2004b.

DIAZ, L. M. As Faces Atuais da Pobreza Urbana: elementos para uma reorientação da política social. In: CATTANI, A. D.; DIAZ, L. M. (Org.). *Desigualdades na América Latina: novas perspectivas analíticas*. Porto Alegre: UFRGS, 2005.

DOMINGUEZ, B. C. A Desprecarização é Urgente. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 46, jun. 2006.

DRAIBE, S. M. *Brasil: o sistema de proteção social e suas transformações recentes*. Santiago do Chile: CEPAL, 1993 b. (Série Reformas de Política Pública).

_____. Qualidade de Vida e Reformas de Programas Sociais: o Brasil no cenário latino-americano. *Revista Lua Nova*, São Paulo, n. 31, 1993a.

DUPAS, G. A Lógica Econômica Global e a Revisão do Welfare State: a urgência de um novo pacto. In: BRESSER PEREIRA, LC; WILHEIM, J; SOLA, L. (Org.). *Sociedade e Estado em Transformação*. São Paulo: UNESP; Brasília: ENAP, 1999.

ENCONTRO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1., Salvador, 1993. *Relatório Final*. Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios Bahia. FNS - CFP, 1993.

ENGELMAN, S. Reciclando modos de trabalhar, modos de subjetivar no hospital psiquiátrico São Pedro. *Dissertação Mestrado* - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Porto Alegre, 2003. Disponível em: <<http://sabix.ufrgs.br/ALEPH/H6B6VIK65AIKEH4VDYR72QGSGQP9H7VJEUCUJ3YPC2RDPJBD1Y-24326/file/start-0>>. Acesso em: 15 maio 2006.

FAGUNDES, S. M. S. Exigências Contemporâneas. *Saúde Mental Coletiva*, Bagé 2, n. 2, p. 2-4, 1995.

_____. Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde. Porto Alegre: UFRGS, 2006, *Dissertação* - Faculdade de Educação - Programa de Pós-Graduação em Educação, 2006.

FALCON, F.; MOURA, G. *A Formação do Mundo Contemporâneo*. 15. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

FALEIROS, E.T; ALVES, M. A. C.; DINIZ, S. P. O Benefício de Prestação Continuada como Importante Recurso de Inclusão Social de Usuários de Saúde Mental. ENCONTRO NACIONAL DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS EM SAÚDE MENTAL, 1., 1998, Brasília. *Anais...* Brasília: [s.n.], 1998.

FARIA, C. G. O Programa de Saúde Mental na Secretaria da Saúde. In: *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 91-98, 1981.

FARIA, M. M; JATENE, A. (Org.). *Saúde e Movimentos Sociais*. São Paulo: USP, 1995.

FERNANDES, N. N. Onde a Cidade Perde seu Nome. In: SANTOS, M. et al. *Território, Territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial*. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

FERREIRA, N. T. *Cidadania: uma questão para a educação*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FERREIRA, G. De Volta para Casa. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. (Série Saúdeloucura).

FERREIRA, G. As Instâncias Sociais na Prática Psiquiátrica: uma questão ética. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, n. 15, 1999.

FIORI, J. L. *O Vôo da Coruja*: para reler o desenvolvimentismo brasileiro. Rio de Janeiro: Record, 2003.

_____. KORNIS, G. Além da Queda: economia e política numa década enviesada. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Org.). *Saúde e Sociedade no Brasil*: anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

FISCHER, M. F. B. Pensão Pública Protegida Nova Vida: uma construção coletiva. *Revista Saúde Mental Coletiva*, Bagé, ano 1, n. 1, dez. 1992.

FLEURY, S. *Estado Sem Cidadãos*: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FLICK, U. Entrevista Episódica. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som*: um manual prático. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

FONSECA, L. M. O debate sobre o *destino* dos egressos de longas internações psiquiátricas. O caso do Instituto Municipal de Assistência à Saúde (IMAS) Juliano Moreira. *Dissertação de Mestrado*. Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FÓRUM BRASIL DO ORÇAMENTO – FBO. Superávit primário. *Cadernos para Discussão*. Brasília: FBO, 2004.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia*: saberes necessários à prática educativa. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003. (Coleção Leitura)

FRICHEMBRUDER, S.; CRUZ, R.A. C. São Pedro Cidadão: da reconstrução da esperança ao trabalho intersectorial. In: *Correio da APPOA* n. 92. Porto Alegre: Associação Psicanalítica de Porto Alegre, jul 2001. p. 10-16. Disponível em: <http://www.appoa.com.br/download/correio92.pdf>.

FRIGOTTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, I. (org.) *Metodologia da pesquisa educacional*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1991.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA - FEE. *A Política Social Brasileira 1930-1964*: a evolução institucional no Brasil e no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: FEE, 1983.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. A Reforma Sanitária no Rio Grande do Sul. *Proposta*: – Jornal da Reforma Sanitária, Rio de Janeiro, ano 2, n. 8, abr. 1988.

_____. *Histórico da Saúde Pública*. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/historico_50.cfm. Acesso em: 2005.

FURTADO, J.P. Avaliação da Situação Atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos Existentes no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 785-796, 2006.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989a.

_____. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1989b.
Tradução de: José Teixeira Coelho Neto.

GALLO, E; NASCIMENTO, P.C. Hegemonia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário. In: TEIXEIRA, S.F. (Org.). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

GASKELL, G. Entrevistas Individuais e Grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

GERSCHMAN, S. *A Democracia Inconclusa: um estudo da reforma sanitária*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GIL, AC. *Projetos de pesquisa*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1993.

_____. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, J. *Psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Edição do autor, 1955.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1990.

GOHN, Maria da Glória. As Relações Sociedade Civil e Estado nos Anos 90: perspectivas sobre a participação. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 36, p.13-20, 1991.

_____. *Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003. (Coleção Questões da Nossa Época, v. 84).

GOLDIN, J. R. *Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde*. 2. ed. Porto Alegre: DaCasa, 2000a.

_____. Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia. 28 jul. 2000b. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm>>. Acesso em: 04 jul. 2006.

GOMES, F.G. Tratamento Multidisciplinar do Paciente Psicossocialmente Crônico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 195-6, 1985.

GOMES, F.Z; ADORNO, R.C. F. Crescimento e Desenvolvimento na Prática dos Serviços de Saúde: revisão histórica do conceito de criança. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 204-11, 1990.

GOMES, W. B. (Org.). *Psicologia no estado do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: MuseuPSI, 2006. Disponível: <<http://www.ufrgs.br/museupsi/PSI-RS/sumars.htm>>. Acesso em: 10 out. 2006.

GONÇALVES, S.; FAGUNDES, P.; LOVISI, G.; LIMA, L. A. Avaliação das Limitações no Comportamento Social em Pacientes Psiquiátricos de Longa Permanência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 105-113, 2001.

GRAMSCI, A. *Concepção dialética da história*. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

GUIMARÃES, R; TAVARES, R. (Org.). *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

GUIMARÃES, J.; SAEKI, T. Janelas do Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP). *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 357-74, jul./ago. 2001.

HAMILTON, W; FONSECA, C. Política, Atores e Interesses no Processo de Mudança Institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 791-825, set./dez. 2003.

HARVEY, D. *Condição pós-moderna*. Tradução: Adail U. Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Edições Loyola, 1993.

HEINRICH, M. S. Serviço Social Psiquiátrico Junto ao Serviço de Profilaxia Mental do Hospital São Pedro. *Trabalho de Conclusão de Curso*. Porto Alegre, Faculdades Católicas, Escola de Serviço Social, 1950.

HIRDES, A.; KANTORSKI, L. Psychosocial Rehabilitation in Brazil: the impact on everyday life. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, v. 7, p. 81-89, July 2002/June 2003.

HIRDES, A. Autonomia e Cidadania na Reabilitação Psicossocial: uma reflexão. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=430>. Acesso em: 22 jan. 2007.

HOBBSAWM, Eric. *Era dos Extremos: o breve século XX - 1914 – 1991*. 2. ed. Tradução: Marcos Santarrita. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

_____. *Ecos da Marselhesa: dois séculos revêem a Revolução Francesa*. Tradução: Maria Célia Paoli. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

HOCHMAN, G. Reformas, Instituições e Políticas de Saúde no Brasil (1930-1945). *Educar*, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005. Disponível em: <<http://calvados.c3sl.ufpr.br>>. Acesso em: 15 abr. 2006.

IAMAMOTO, M.V; CARVALHO, R. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interrogação histórico-metodológica*. 6. ed. São Paulo: Cortez; Lima: Celats, 1988.

IAMAMOTO, M.V. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 1998.

IANNI, O. *O ciclo da Revolução Burguesa*. Petrópolis: Vozes, 1984.

INSTITUTO FRANCO BASAGLIA. *Conversando com o Ministério Público: O Ministério Público e a reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: IFB, 2004.

IYDA, M. *Cem Anos de Saúde Pública: a cidadania negada*. São Paulo: UNESP, 1994.

JAEGGER, R. C.; GUITTON, A. P.; LYRIO, J. de M.; SANTOS, M. M. dos; FREITAS, R. C. O. de; GONÇALVES, S. R.; ABELHA, L.; LEGAY, L. F. A Experiência de Morar Fora: avaliação da satisfação de usuários em um serviço de saúde mental. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 27-39, 2004.

JARDIM, C.; WACHS, F.; GOMES, R. de C. M. *A História de uma Travessia*. 2004. Disponível em: <<http://www.topia.com.ar/articulos/405-madres-6.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2006.

JARDIM, C., WACHS, F.; ROCHA, R. F.; GOMES, R. de C. M. Residencial Terapêutico e Respingos Insistentes do Imaginário do Louco Perigoso. 2005. Disponível em: <<http://www.topia.com.ar/articulos/0608-1mencion.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2006.

JIMÉNEZ, H V.; VÁSQUEZ, J. El Derecho Internacional: instrumento esencial para la promoción de la salud mental en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Publica/ Pan America J Public Health*, Washington, v. 9, n. 4, p. 264-271, abr. 2001.

JUNQUEIRA, L. P. A Descentralização e a Reforma do Aparato Estatal em Saúde. In: CANESQUI, Ana Maria. *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1997. (Saúde em Debate).

KINOSHITA, R. T. Em Busca da Cidadania: desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico. In: CAMPOS, F. C. B.; HENRIQUES, C. M. (Org.). *Contra a Maré à Beira-mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Página Aberta, 1996.

KOWARICK, L. Processo de Desenvolvimento do Estado na América latina e Políticas Sociais. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 17, abr. 1985.

KRUG, J. G; BULLA, J.; TRANQUILO, G. A Institucionalização do Serviço Social no Rio Grande do Sul. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 12, 1983.

KUHN, F. *Breve história do Rio Grande do Sul*. 2. ed. Porto Alegre: Leitura XXI, 2004.

LANCETTI, A. A Modo de Posfácio. In: MARSIGLIA, Regina et al. *Saúde mental e cidadania*. 2. ed. São Paulo: Edições Mandacaru, 1987. p. 85-93.

LARANJEIRA, S. M. Fordismo e Pós-Fordismo. In: CATTANI, A. D. (Org.). *Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Editora UFRGS, 1997.

LAURELL, A. C. Avançando em Direção ao Passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, A. C (Org.). *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LEFÈBVRE, Henri. *O Marxismo*. Tradução: J. Guinsburg. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988.

_____. *Lógica Formal, Lógica Dialética*. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

LIMA, A. P. G. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde Intermunicipal. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985-996, out./dez. 2000.

LIMA, L.A; BANDEIRA, M; GONÇALVES, S. Validação Transcultural do Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS-BR) para Pacientes Psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 52, n. 2, p. 143-158, 2003.

LIMA, L. A.; BANDEIRA, M.; GONÇALVES, S. Qualidades Psicométricas no Papel da Escala de Habilidades de Vida Independente de Pacientes Psiquiátricos (ILSS-BR). *Revista Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 121-125, 2003.

LHULLIER, C. Levantamento das Idéias Psicológicas Presentes na Faculdade de Medicina e na Faculdade de Direito no Estado do Rio Grande do Sul entre 1890 e 1950. Ribeirão Preto: USP, 2003. *Tese - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP*.

LOBO, M.C.C.A. Serviços Residenciais Terapêuticos no Estado do Rio de Janeiro: um diagnóstico inicial. *Dissertação de mestrado*. Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde, do Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, abr. 2004.

LOPES, C. R. Movimento Contra as Iniquidades. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 45, maio 2006.

LOPEZ, L.R. *História do Brasil Contemporâneo*. 9. ed. Porto Alegre: Mercado Aberto, 2000. (Série Revisão, v. 3).

LUDERMIR, A. B; MELO FILHO, D. A. Condições de Vida e Estrutura Ocupacional Associadas a Transtornos Mentais Comuns. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213-21, 2002.

LUZ, M. T. *As Instituições Médicas no Brasil*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

_____. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de 'Transição Democrática': anos 80. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1991.

_____. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da Década de 80. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo (Org.). *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

MACHADO, Roberto. *Foucault, a Filosofia e a Literatura*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

MARQUES, R. M; MENDES, Á. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

MARSIGLIA, R.G.. Os Cidadãos e os Loucos no Brasil: a cidadania como processo. In: MARSIGLIA, Regina et al. *Saúde Mental e Cidadania*. 2. ed. São Paulo: Edições Mandacarú, 1987. p. 85-93.

_____. SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N.. Brasil: indicadores sociodemográficos e características das políticas públicas na década de 1990. In: MELLO, Marcelo Feijó; MELLO, Andréa de Abreu Feijó; KOHN, Robert (Org.). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

MARTINELLI, M. L. O Uso de Abordagens Qualitativas na Pesquisa em Serviço Social. In: MARTINELLI, M. L. (Org.). *Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras, 2003.

MARTINS, J. de S. *A Sociedade Vista do Abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MARX, k. *O Capital*. Tradução: Reginaldo Sant'Anna. 14 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994.

_____. *Sobre o Suicídio*. Tradução: Rubens Enderle e Francisco Fontanella. São Paulo: Boitempo, 2006.

MARX, k. ; ENGELS, F. *A Ideologia Alemã*. São Paulo: Martins e Fontes, 2002.

MATTOS, R.A. et al. (Re-)Visitando as últimas Conferências Nacionais de Saúde. *Projetos LAPPIS*. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inoid=87&tpl=view%5Fparticipantes>>. Acesso em: 28 out. 2005.

MEDEIROS, M.B. Interdição: proteção ou exclusão. *Tese de Doutorado*. Porto Alegre: PUCRS, 2005 – Faculdade de Serviço Social – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. 2005.

MEDEIROS, S. M.; GUIMARÃES J. Cidadania e Saúde Mental no Brasil: contribuição ao debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 571-

579, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13033.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2006.

MÉDICI, A. C. A Regulação do Trabalho no Âmbito da Saúde. *Ensaio FEE*, Porto Alegre, ano 16, n. 1, 1995.

MENDONÇA, N. D. *O Uso dos Conceitos: uma questão de interdisciplinaridade*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MENEGASSI, J. et al. São Pedro Cidadão: reconstrução da esperança. In: SOARES, L. T. (Org.). *Tempo de Desafios: a política social democrática e popular no governo do Rio Grande do Sul*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: LPP; Buenos Aires: Clacso, 2002.

MERHY, E; QUEIROZ, M. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, abr./jun. 1993.

MERQUIOR, J.G. *O Liberalismo Antigo e Moderno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.

MÉSZÁROS, I. *Filosofia, Ideologia e Ciência Social: ensaios de negação e afirmação*. Tradução: Laboratório de Tradução do CENEX / FALE / UFMG. São Paulo: Ensaio, 1993.

_____. *O Poder da Ideologia*. Tradução: Paulo Cezar Castanheira. São Paulo: Boitempo, 2004.

MILAGRES, ALD. Porta de saída do asilo: cotidiano, narrativa e subjetividade nas residências terapêuticas em saúde mental do IMAS Juliano Moreira. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Dissertação de Mestrado*. 2002.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1993.

_____. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 07-18, 1994. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2007.

_____. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de. *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MONTEIRO, J. R et al. Projeto Morada São Pedro. In: FERLA, A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). *O Fazer em Saúde Coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa; Escola de Saúde Pública RS, 2002.

MOREIRA, M. I. B.; ANDRADE, Â. N. Ouvindo loucos: construindo possibilidades de viver com autonomia. *Psicologia, Saúde e Doenças*. Ano/vol IV, n. 02. Sociedade portuguesa de psicologia da Saúde. Lisboa, Portugal, 2003. p. 249-266. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/362/36240206.pdf>. Acesso em 22 jul. 2007.

MORENO, V.; ALENCASTRE, M. B. A Trajetória da Família do Portador de Sofrimento Psíquico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 43-50, 2003.

MOURA FÉ, I. A. Doença Mental e Autonomia. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v6/doenmental.htm>>. Acesso em: 25 jul. 2006.

MOYSÉS, N. Historicidade das Políticas de Recursos Humanos. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/informa_servidores/RH>. Acesso em: 28 out. 2005.

NAFFAH NETO, A. O Estigma da Loucura e a Perda da Autonomia. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v6/estloucura.htm>>. Acesso em: 25 jul. 2006.

NESCO. A História da Conferência Nacional de Saúde. *Espaço para a Saúde*. Londrina: NESCO, 1988.

NETTO, José Paulo. *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. *Crise do Capitalismo e Ofensiva Neoliberal*. São Paulo: Cortez, 1993.

_____. Transformações Societárias e Serviço Social. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 50, abr. 1996.

NICÁCIO, M. F. S. *Utopia da Realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. Tese de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, CAMPINAS, 2003.

NOGUEIRA, M. A. A Dimensão Política da Descentralização Participativa. *São Paulo em Perspectivas*, São Paulo, v. 11, n. 3, 1997.

_____. *Um Estado para a Sociedade Civil: temas éticos e políticos da gestão democrática*. São Paulo: Cortez, 2004.

NOGUEIRA, V. M. R. Ajustes Estruturais e a Transição de Paradigmas no Setor Saúde. In: SIMIONATO, I.; NOGUEIRA, V. M. R. (Org.). *Dilemas do Mercosul: reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social*. Florianópolis: UFSC, 2004.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. Direito à Saúde: um convite à reflexão. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-760, maio/jun. 2004.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/12.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2006.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS - SUDS - SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo (Org.). *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. R. A Política de Saúde no Brasil nos Anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

NORONHA, A. B. Seis Décadas de História. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 10, jun. 2003.

NUNES, C. R. M.; MACHADO, G. S.; BELLINI, M. I. B.. A Qualificação e a Contribuição do Processo de Trabalho dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde Mental. *Revista Virtual Textos & Contextos*, Porto Alegre, n. 2, dez. 2003.

OFFE, C. A Atual Transição da História e Algumas Opções Básicas para as Instituições da Sociedade. In: BRESSER PEREIRA, L.C.; WILHEIM, J; SOLA, L. (Org.). *Sociedade e Estado em Transformação*. São Paulo: UNESP; Brasília: ENAP, 1999. p.119-145.

OLIVEIRA, T. M. V. de. Amostragem Não Probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. *Administração on Line*, São Paulo, v. 2, n. 3, jul./set., 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art23/tania2.htm>. Acesso em: 26 jan. 2007.

OLIVEIRA, F. *Crítica à Razão Dualista: o ornitorrinco*. São Paulo: Boitempo, 2003.

OLIVEIRA, E. Brasil é condenado por Corte de Direitos Humanos da OEA. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 19 ago. 2006.

OLIVEIRA, M. P. O Retorno à Cidade e Novos Territórios de Restrição à Cidadania. In: SANTOS, Milton et al. *Território, Territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial*. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

PADRÃO, M. L. O Estatuto do Doente Mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 37, p. 11-15, 1992.

PAIM, J. S; ALMEIDA FILHO, N. *A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

PAIVA, C. H. A. A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a Reforma de Recursos Humanos na Saúde na América Latina (1960-70). Rio de Janeiro: COC/Fiocruz - OPAS/OMS, 2004. Disponível em: <<http://www.coc.Fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/producao/arquivos/OPAS.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2006.

PALOMBINI, A. L. et al. *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da Reforma Psiquiátricas no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2006.

PAULON, S. M.; RESENDE, V.; KNIJINIK, C.; OLIVEIRA, E. S.; ABREU, M. C. Das múltiplas formas de habitar uma morada: a produção do cuidado em um serviço residencial terapêutico. *Revista Vivência*. Subjetividade e práticas institucionais. Natal: UFRN, 2007 [no prelo].

PEREIRA, P. *Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PERRUSI, A. *Imagens da Loucura: representação social da doença mental na psiquiatria*. São Paulo: Cortez; Recife: UFPE, 1995.

PESAVENTO, S. J. *História do Rio Grande do Sul*. 7. ed. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1994.

PESSOTTI, I. *O Século dos Manicômios*. São Paulo: Editora 34, 1996.

PICCININI, W. Breve História da Psiquiatria do Rio Grande do Sul à luz das suas Publicações. *Psychiatry on line Brazil*, v. 5, n. 11, nov. 2000. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano00/wal1100.php>>. Acesso em: 25 jul. 2006.

PIERANTONI, C. R. As Reformas do Estado, da Saúde e Recursos Humanos: limites e possibilidades. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2006.

PINÓS, H. *Eventos que Contribuíram para o Desenvolvimento do Atendimento Psiquiátrico no RS*. Porto Alegre: SSMS - Divisão de Saúde Mental, 1993. Mimeografado.

PITTA, A. M. F.; DALLARI, S. G. A Cidadania dos Doentes Mentais no Sistema de Saúde do Brasil. In: Conferência Nacional de Saúde Mental, 2., Brasília. *Anais...* Ministério da Saúde, 1994.

PITTA, A. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. (Série Saúdeloucura).

POLANYI, K. *A Grande Transformação: as origens da nossa época*. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

PORTO, S. M. Comentário: avanços e problemas no financiamento da saúde pública no Brasil (1967-2006). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 576-8, 2006.

PORTO, S. M.; SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D. A Utilização de Serviços de Saúde por Sistema de Financiamento. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, out./dez. 2006.

QUINTANA, M. Intrusão. In: _____. *Na Volta da Esquina*. Porto Alegre: Editora Globo, 1979. (Coleção RBS)

QUINTO NETO, A. A Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul: do direito ao tratamento aos direitos de cidadania do doente mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 37, dez. 1992.

RABELO, M. Análise das Despesas Estaduais no Setor Saúde 1980-1990. In: Fundação de Economia e Estatística. *O Estado do Rio Grande do Sul nos anos 80: subordinação, imprevidência e crise*. Porto Alegre: FEE, 1994.

RAMOS, F. A. C.; GEREMIAS, L. *Instituto Philippe Pinel: origens históricas*. Disponível em: <http://www.sms.rio.rj.gov.br/pinel/media/pinel_origens.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2006.

RECKZIEGEL, I. *Algumas Informações sobre a História do Serviço Social do Hospital São Pedro*. Relato apresentado por ocasião da Comemoração do Centenário do Hospital Psiquiátrico São Pedro, 1984. Mimeografado.

REICHENHEIM, M. E.; WERNECK, G. L. Adoecer e Morrer no Brasil dos anos 80: perspectivas de novas abordagens. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Org.). *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

REIS, C. N. Crescimento Econômico e Exclusão Social na América Latina: digressões a partir de uma relação assimétrica. In: REIS, Carlos Nelson (Org.). *América Latina: crescimento no comércio mundial e exclusão social*. Porto Alegre: Dacasa; Palmarinca, 2001.

RELATÓRIO do Fórum Nacional de Reforma Urbana. Direito à Moradia no Brasil. Fórum Social Mundial 2003. Projeto Relatores Nacionais em DhESC, Plataforma Brasileira dos DhESC, Voluntários das Nações Unidas – UNDP. Disponível em: www.unhabitat.org/downloads/docs/2649_61742_03.05.20.Analisis%20Brasil%202003.doc Acesso em 06 dez. 2006.

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*. 4. ed. Petrópolis: Vozes; Abrasco, 1994.

RIZZOTTO, M. L. F. O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS. *Tese Doutorado*. Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 2000.

ROCHA, E. C. A responsabilidade pela gestão pública da reforma psiquiátrica: alguns problemas. *Cadernos IPUB*, n. 15. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1999.

ROTELLI, F. A Instituição Inventada. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

RUSCHEL, S.; PECCIN, D. O Serviço de Saúde Mental Melanie Klein. Porto alegre, 12 de jan. 1990. Mimeografado.

SAES, D. Uma Interpretação Marxista da Evolução do Estado no Brasil. In: COSTA, S. (Org.). *Concepções e Formação do Estado Brasileiro*. São Paulo: Anita Garibaldi, 1999.

SAMPAIO, J. J.C. Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. *Dissertação de Mestrado*, UERJ, 1988.

_____. Saúde Mental. In: ROUQUAYOL, M. Zélia. *Epidemiologia & Saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 403-420.

SANTANA, V. S.; ALMEIDA FILHO, N.; ROCHAS, C. O.; MATOS, A. Confiabilidade e viés do informante secundário na pesquisa epidemiológica: análise de questionário para triagem de transtornos mentais. *Revista Saúde Pública*, 31 (6):556-65, 1997. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=206951&indexSearch=ID>. Acesso em 18 jun. 2006.

SANTOS JÚNIOR, O. A.; RIBEIRO, L. C. Q.; AZEVEDO, S. (Org.). *Governança Democrática e Poder Local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan; Fase, 2004.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996a. [Série Saúdeloucura].

_____. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, Ana (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996b. [Série Saúdeloucura].

_____. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: TeCorá, 1999.

SCARCELLI, I. R. Entre o hospício e a cidade: exclusão/inclusão social no campo da saúde mental. *Tese Doutorado*. Instituto de Psicologia, USP, 2002. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvsSP/>. Acesso em 23 jan. 2007.

SILVA, A. C. P. A Saúde Mental na América Latina. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, mar./jun. 1968.

SILVA, A. C. V.; PALMA, A. V.; PATRÍCIO, I. R.; ESCOBAR, J.; MAYA, P. V.; BERTELLI, Z. V. Caracterização da População de Pacientes Existentes no Hospital Psiquiátrico São Pedro. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 4, n. 3, p. 238-245, 1982.

SERRA, J. Saúde: vinculação necessária. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 09 jul. 2000.

SOARES, L.T. R. *Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina*. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. *Os Custos Sociais do Ajuste Neoliberal na América Latina*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. (Coleção Questões da Nossa Época, v. 78).

SOARES, S. M. Política de Saúde Mental para o Estado do Rio Grande do Sul – Gestão Governador Antônio Britto. SSMA – DAS – Seção de Saúde Mental e Neurológica. Porto Alegre, out. 1996. Mimeografado.

SOLA, L. As reformas do estado para qual democracia? O lugar da política. In: BRESSER PEREIRA, L. C; WILHEIM, J.; SOLA, L. (Orgs.). *Sociedade e estado em transformação*. São Paulo: UNESP; Brasília: ENAP, 1999. p. 23-65.

SOUZA, R. R. Redução das Desigualdades Regionais na Alocação dos Recursos Federais para a Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413->. Acesso em: 19 dez. 2006.

SOUZA, E. R de; MINAYO, M.C.; DESLANDES, S.F; VEIGA, J.P. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de. *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. SOUZA, E. R. de. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

STANCIK, M. A. Os Jecas do Literato e do Cientista: movimento eugênico, higienismo e racismo na primeira República. *Publicatio UEPG – Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas, Lingüística, Letras e Artes*, Ponta Grossa, v. 13, n. 1, p. 45-62, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.uepg.br/propesp/publicatio>>. Acesso em: 13 abr. 2006.

SZASZ, Thomas. *A Fabricação da Loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de saúde mental*. Tradução: Dante Moreira Leite. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984.

TEIXEIRA, S. F. Cidadania, Direitos Sociais e Estado. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

TELLES, V. S. *Direitos Sociais: afinal do que se trata?*. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: da década de 1980 aos dias atuais. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Posto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):73-85, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232001000100006&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 25 jul. 2006

TRINDADE, J. D. L. *História Social dos Direitos Humanos*. São Paulo: Petrópolis, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. Silva. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1990.

TUÑON, J. F.; ABUDARA, C. Da Instituição do Possível à Possibilidade de uma Instituição. In: BERLINCK, M. T.; RODRIGUES, S. A. (Org.). *Psicanálise de Sintomas Sociais*. São Paulo: Escuta, 1988.

UEBEL, A. C.; ROCHA, C. M.; MELLO, V. R. C. Resgate da Memória Histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.escoladesaudepublica.rs.gov.br/Revista_de_Sa%C3%BAde.pdf> Acesso em: 26 out. 2006.

VASCONCELOS, E. M. Avaliação dos Avanços Recentes em Legislação Psiquiátrica no Plano Internacional: uma contribuição ao debate sobre a reforma da lei psiquiátrica no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, p. 228-235, 1990.

_____. *Do Hospício à Comunidade*. Belo Horizonte: Segrac, 1992.

_____. Avaliação de Serviços no Contexto da Desinstitucionalização Psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 189-197, 1995.

_____. Dispositivos Residenciais em Saúde Mental, um Campo Aberto para os Trabalhadores Sociais: revisão de estratégias, tipologia e principais desafios políticos, teóricos e práticos. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. *O Poder que Brota da Dor e da Opressão: empowerment, sua história, teoria e estratégias*. São Paulo: Paulus, 2003.

VIANA, A. L. As Políticas Sociais e as Políticas de Saúde no Contexto do Processo de Globalização. In: GERSCHMAN, S; VIANNA, MLW (Org.). *A Miragem da Pós-*

Modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

VIEIRA, O. V. O Que São Direitos Humanos. In: GUIA DE DIREITOS HUMANOS. Fontes para jornalistas. São Paulo: Cortez, 2003.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. *Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo, 2000.

WADI, Y. M. *Palácio para Guardar Doidos: uma história das lutas pela construção dos hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2002.

_____. SANTOS, N. M. W. O Doutor Jacintho Godoy e a História da Psiquiatria no Rio Grande do Sul/Brasil. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, n. 6, 2006. Disponível em: <<http://nuevomundo.revues.org/document1556.html>>. Acesso em: 25 jul. 2006.

WAGNER, L. C.; FLECK, M. P. A.; WAGNER, M.; DIAS, M.T.G. Autonomy of Long-Stay Psychiatric Inpatients. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 699-705, 2006.

WEYLER, A. R.; FERNANDES, M. I. A. Los caminos de los proyectos de residencias terapéuticas. *Vínculo*. [online]. dic. 2005, vol.2, no.2, p.80-88. Disponível em: <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902005000100010&lng=es&nrm=iso> Acesso em 23 jan. 2007.

WING, J. K. *Reflexões sobre a Loucura*. Tradução: Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

ZANINI, L. M. O doente mental institucionalizado em nosso processo de aprendizado. *Trabalho de Conclusão de Curso*. Faculdade de Serviço Social. Pontifícia universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1987.

DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

BRASIL. Constituição Federal. 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/web/senador/alvarodi/b_menu_esquerdo/4_biblioteca_virtual/ConstituicaoFederal.pdf>. Acesso em 02 mai. 2006.

_____. Decreto n.º 60.252, de 21 de fevereiro de 1967. Institui a Campanha Nacional de Saúde Mental. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, mar./jun. 1968.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Inamps. Portaria n.º 3.108, de 21 de dezembro de 1982.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Inamps. *Proposta para uma política de atendimento ao doente mental para o Estado do Rio Grande do Sul*, outubro de 1986. Mimeografado.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. *Convênio para a constituição do Sistema unificado e Descentralizado de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul*, agosto de 1987a. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 1987b.

_____. Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 28 mar. 2005.

_____. Ministério da Saúde. A questão dos recursos humanos nas conferências nacionais de saúde (1941-1992). *Cadernos RH de Saúde*, Brasília, v. 1, n. 1, nov. 1993.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. *Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Câmara dos Deputados. Comissão de Direitos Humanos. I Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade manicomial brasileira. *Relatório*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Manual operacional para comitês de ética em pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Câmara dos Deputados. *Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n.º 10.216*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. SAS. Área Técnica de Saúde Mental. *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de Álcool e outras drogas*. Brasília, março de 2003.

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

_____. Tribunal de Contas da União. Avaliação das Ações de Atenção à Saúde Mental: Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos / Tribunal de Contas da União; Relator Auditor Lincoln Magalhães da Rocha. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2005. 40p. (Sumários Executivos. Nova série, v. 1). Disponível em: <www.tcu.gov.br/avalicaodeprogramasdegoverno>. Acesso em: 05 mar. 2006.

_____. Gabinete Ministerial. Portaria n.º 687. Política nacional de promoção da Saúde. Brasília. 22 de março de 2006a. Disponível em: <www.saude.gov.br/svs>. Acesso em: 03 abr. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria das Ações de Saúde - Coordenação Geral de Saúde Mental. Balanço da gestão e perspectivas para 2007. *Informativo da Saúde Mental*, Brasília, ano 5, n. 24, nov./dez, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n.º 3.347. Institui o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental. 29 de dezembro de 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia E Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. *Nota Técnica n. 49/2006*. Análise dos balanços gerais dos estados brasileiros, referente ao exercício social de 2004, no tocante à aplicação conforme a Emenda Constitucional n. 29. Aprovada pela Câmara Técnica do SIOPS em 01.08.2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. Acesso em 26 dez. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção. *Relatório de*

Gestão 2003-2006. Brasília, Janeiro de 2007. Disponível em:
<http://www.inverso.org.br/blob/177.pdf> Acesso em 23 fev. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Código de Ética Profissional do Assistente Social*. Brasília, CFESS, 1994.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Direitos Humanos: uma amostra das unidades psiquiátricas brasileiras. *Relatório*. Brasília: CFP, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comitê de Expertos em Salud mental. Cuarto Informe. Legislación em matéria de Asistencia Psiquiátrica. Ginebra, 1-6 de noviembre de 1954. OMS, *Informe Técnico*, 1955.

_____. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, Cazaquistão, URSS, 6-12 de set. 1978.

_____. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em:
<<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=15>>. Acesso em: 17 abr. 2006.

_____. *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Suíça: World Health Organization, 2001. Impresso no Brasil.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração dos Direitos Humanos. 1948. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php>. Acesso em 06 dez. 2006.

_____. Princípios para a proteção de pessoas com enfermidade mental e para a melhoria da assistência à saúde mental. 17 de dezembro de 1991. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. 6ª Região. *Trancar não é tratar, liberdade: o melhor remédio*. 2. ed. São Paulo: CRP 6ª Região, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Declaração de Caracas*. 14 -17 de novembro de 1990. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. 6ª Região. *Trancar não é tratar, liberdade: o melhor remédio*. 2. ed. São Paulo: CRP 6ª Região, 1997.

_____. *Informe Final*. Diagnostico sobre el estado de los derechos humanos de las personas com enfermedad mental em países de Centroamérica. Tegucigalpa, 30 de jun./02 jul. 1998.

_____. Dia Mundial da Saúde 07 de abril de 2001. *Cuidar sim. Excluir não*. OPAS, Escritório Regional para as Américas, 2001.

_____. Conferência Regional para a Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 Anos depois da Declaração de Caracas, Carta de Brasília 2005 - Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas. Brasília, 7 a 9 novembro de 2005.

PONTIFÍCIA Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Modelo para Apresentação de Trabalhos Acadêmicos, Teses e Dissertações Elaborado Pela Biblioteca Central Irmão José Otão. Disponível em: <http://webapp.pucrs.br/docprot/servlet/br.pucrs.docprot.ctrl.ValidaSenhaDocProt>. Acesso em: 02 mar. 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto n.º 16.722. *Cria ambulatório de saúde mental*. Aprovada em 07 de agosto de 1964. Publicada no Diário Oficial do Estado em 08 ago. 1964.

_____. Secretaria da Saúde e Meio Ambiente. Equipe de Saúde Mental. SSMA – Inamps. *Plano conjunto de saúde mental para o Estado do Rio Grande do Sul*, 1981. Porto Alegre: SSMA, 1981.

_____. Programa de Governo – 1983-1987. Porto Alegre: Corag, 1983.

_____. Secretaria da Saúde e Meio Ambiente. Divisão de Saúde Pública – Política de Atenção Integral à Saúde Mental. *Delineamentos para a elaboração da Política de Saúde Mental para o Rio Grande do Sul*, dezembro de 1987a. Mimeografado.

_____. Conselho Estadual de Saúde. Resolução n. 03/1987, estabelecendo a inclusão de leitos psiquiátricos nos novos contratos e convênios da SES com hospitais gerais e a ênfase à saúde mental a ser contemplada nos projetos de municipalização. 1987b.

_____. Secretaria da Saúde e Meio Ambiente. Divisão de Saúde Pública – Política de Atenção Integral à Saúde Mental. *Levantamento de dados sobre o PAISMENTAL*, julho de 1990a. Mimeografado.

_____. Secretaria da Saúde e Meio Ambiente. Hospital Psiquiátrico São Pedro rumo à desinstitucionalização. 1990b. Mimeografado.

_____. Conselho Estadual de Saúde. Resolução n. 07/1990. *Diário Oficial do Estado do RS*, 03/01/1991.

_____. Secretaria da Saúde e Meio Ambiente. Proposta de Reestruturação e Funcionamento para o Hospital Psiquiátrico São Pedro, janeiro de 1991a.

_____. Secretaria da Saúde e Meio Ambiente. Equipe de Saúde Mental. *Elementos de um Plano de Saúde Mental para o Estado do Rio Grande do Sul*, março de 1991b. Mimeografado.

_____. I Conferência Estadual de Saúde Mental. *Relatório Final*. Porto Alegre: Secretaria da Saúde e do meio Ambiente, 1992 a.

_____. Lei n. 9.716. *Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica*. Aprovada em 07 de agosto de 1992. Publicada no Diário Oficial do Estado em 10 de agosto de 1992b.

_____. Assembléia Legislativa - Comissão de Saúde e Cidadania e Direitos Humanos. Conselho Estadual de Saúde - Comissão de Saúde Mental. *Seminário*

São Pedro Cidadão – Assembléia Instituinte. Porto Alegre, 29 e 30 de abril de 1993a.

_____. Conselho Estadual de Saúde - Comissão de Saúde Mental. *Relatório São Pedro Cidadão – Assembléia Instituinte*. Porto Alegre, 02 de setembro de 1993b.

_____. Lei n. 10.097, de 31 de janeiro de 1994. *Cria o Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e estabelece outras providências*.

_____. Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente. Hospital Psiquiátrico São Pedro. *Relatório da Direção*. Porto Alegre, 1998. Mimeografado.

_____. Lei n. 6.503, de 22 de dezembro de 1972. *Dispõe sobre a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Pública*. Decreto n. 23.430, regulamento sobre promoção, proteção e recuperação da saúde pública. 5. ed. Porto Alegre: CORAG, 1999a.

_____. Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente. Hospital Psiquiátrico São Pedro. *Plano da Gestão*. Porto Alegre, 1999b. Mimeografado.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Política de Atenção Integral em Saúde Mental. Hospital Psiquiátrico São Pedro. *Projeto Morar – São Pedro Cidadão: implantação de serviços residenciais terapêuticos*, 2000.

_____. Secretaria da Coordenação e Planejamento. PPA 2004-2007, 2003a.

_____. Assembléia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. Reunião Ordinária: Morada São Pedro, Problemas e Perspectivas. *Transcrição da Reunião* dia 28/05/2003b. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/Com/comissa.asp?id_comissao=46&id_tipocomissao=3&ver_reunioes=nao&id_comitem=reu&id_transcricao=469>. Acesso em: 20 dez. 2006.

_____. Assembléia Legislativa. Comissão de Saúde e Meio Ambiente. *Relatório grupo de trabalho Hospital Psiquiátrico São Pedro*. Porto Alegre, 30 de junho de 2004.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Hospital Psiquiátrico São Pedro. *Demonstrativo de Despesas*. Porto Alegre, 2006. Mimeografado.

Apêndice A

SÍNTESE DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL

N.º	DATA	GOVERNO	CARACTERÍSTICA	TEMÁRIO	PARTICIPANTES
1ª	10 a 15 / 11 / 1941	Getúlio Vargas (1930-1945)	Sanitarismo Clássico	Normas de organização e administração sanitária	Delegações de técnicos representando órgãos federais, os Estados e nomes expressivos da medicina.
2ª	21 / 11 a 02 / 12 / 1950	Eurico Gaspar Dutra (1946-1950)		Higiene e segurança do trabalho, prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes.	
Não se realizaram Conferências de Saúde		Getúlio Vargas (1951-1954)			
		Café Filho (1954-1955)			
		Carlos Luz (1955)			
		Nereu Ramos (1955-1956)			
		Juscelino Kubitschek (1956-1961)			
		Jânio Quadros (1961)			
3ª	09 a 15 / 11 / 1963	Ranieri Mazzilli (1961)	Transição	Municipalização dos serviços de saúde.	
	João Goulart (1961-1964)				
		Castello Branco (1964-1967)	Planejamento Estatal	Recursos humanos para as atividades da saúde	
4ª	30 / 08 a 04 / 09 / 1967	Mal. Arthur da Costa e Silva (1967 - 1969)			
		Junta Militar (1969)			
		E. G. Médici (1969-1974)	Planejamento Estatal	Sistema Nacional de Saúde	
5ª	05 a 08 / 08 / 1975	Gal. Ernesto Geisel (1974-1979)			Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde
6ª	01 a 05 / 08 / 1977				
7ª	24 a 28 / 03 / 1980	Gal. João Figueiredo (1979-1985)	Planejamento Estatal	Serviços Básicos de Saúde	

Continua.

Continuação.

8ª	17 a 21 de março de 1986	José Sarney (1985-1989)		Democracia é Saúde	Precedidas de Conferências estaduais e municipais.
9ª	09 a 14 de agosto de 1992	Fernando Collor de Melo (1990-1992)	Reforma Sanitária	Descentralizando e democratizando o conhecimento	Participação de representantes de usuários, profissionais, prestadores de serviço e governo
10ª	02 a 06 de setembro de 1996	Fernando Henrique Cardoso (1995-1998)		Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida	
11ª	15 a 19 de dezembro de 2000	Fernando Henrique Cardoso (1999-2002)	Implantação do SUS	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social	
12ª	07 a 11 de dezembro de 2003	Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006)	Balanco do SUS	A Saúde que temos, o SUS que queremos.	

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos usuários do Morada São Pedro,
coleta de dados do ano 2004

PESQUISA DO HOSPÍCIO PARA A INCLUSÃO SOCIAL
Prof.^a Ms. Míriam Dias

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr (a):

I – Esta pesquisa estuda sobre a Reforma Psiquiátrica, especificamente no eixo da Desinstitucionalização e tem como objetivo principal acompanhar o cotidiano dos usuários residentes na Morada São Pedro, captando a sua construção de novas formas de vida e de autonomia.

II – A coleta de dados será através da aplicação de um questionário formado por 84 itens, que abrangem as áreas de alimentação, cuidados pessoais, atividades domésticas, preparo para o armazenamento dos alimentos, saúde, administração do dinheiro, transporte, lazer e emprego.

III – Este questionário será aplicada quatro vezes, com intervalos de três meses, durante um ano e será respondida por um profissional que diretamente lhe acompanha no Morada São Pedro.

IV – A pesquisa pretende gerar conhecimento sobre as mudanças na sua vida, quanto a sua capacidade de autonomia, após longo tempo de internação no hospital psiquiátrico. Espera detectar que aspectos facilitam e dificultam a vida fora dos muros hospitalares. Este conhecimento irá subsidiar outros projetos semelhantes no âmbito das políticas de saúde, especificamente em saúde mental.

V – Esta pesquisa está vinculada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS - Centro de Ciências Humanas, Área de Conhecimento de Serviço Social, na linha de pesquisas sobre Políticas e Práticas Sociais e Políticas, Programas e Práticas de Promoção à Saúde.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade do meu cuidado;
- Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas ser utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- Do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- Da garantia de que não haverá qualquer tipo de prejuízo à minha saúde e à ao meio atendimento durante a realização da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Míriam Thaís Guterres Dias (051 – 9967-7775), tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS em 15 de abril de 2003 e do Hospital Psiquiátrico São Pedro em 26 de maio de 2003.

Data ____/____/____.

Nome e assinatura do Sujeito
Pesquisado ou
Responsável Legal

Nome e assinatura do
Responsável pela obtenção do
presente consentimento

Apêndice C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos
sujeitos da pesquisa, coleta de dados do ano 2006

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A reforma psiquiátrica brasileira e a efetivação dos direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do Projeto Morada São Pedro

Declaração

A pesquisa é vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Doutorado, da PUCRS e tem como objetivo principal verificar a efetivação dos direitos e a autonomia dos portadores de transtorno mental participantes do Projeto Morada São Pedro, visando contribuir na formulação e execução de políticas públicas no campo da saúde mental.

A coleta de dados qualitativos será através da realização de uma entrevista semi-estruturada com os usuários do Projeto Morada São Pedro.

Os sujeitos participantes desta pesquisa têm a garantia: de receber esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos relacionados com a pesquisa; de que não serão identificados quando da divulgação dos resultados; que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados a pesquisa; não haverá qualquer tipo de prejuízo à sua saúde e ao atendimento durante a realização da pesquisa.

Consentimento

A mim, _____
informaram dos objetivos desta entrevista e declaro aceitar voluntariamente a participação na mesma.

A pesquisadora, doutoranda Miriam Dias, me comunicou que as informações prestadas serão confidenciais e unicamente com o objetivo de colaborar na pesquisa.

Assinatura do(a) entrevistado(a) _____

Assinatura do(a) pesquisador(a) _____

Data ____ / ____ / ____.

Anexo A

Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do
Hospital Psiquiátrico São Pedro



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO
DIREÇÃO DE ENSINO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Psiquiátrico São Pedro da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, em reunião conjunta de seus membros, realizada em 26 / 5 / 2003, analisou o projeto:

Número: 03.005

Título: *Do Hospício para a inclusão social*

Autores: *Júriam Dias*

Este projeto foi aprovado, estando adequado ética e metodologicamente, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e às Resoluções Normativas do Comitê de Ética em Pesquisa do HPSP. Deverão ser encaminhados relatórios semestrais sobre o andamento do Projeto.

Porto Alegre, 29 de 5 de 2003

Maria Helena Itaqi Lopes
Dra. Maria Helena Itaqi Lopes
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa do
Hospital Psiquiátrico São Pedro

Anexo B

Escala Independent Living Skills Survey – ILSS

INVENTÁRIO DE HABILIDADES DE VIDA INDEPENDENTE (ILSS-Br)

Este questionário tem como finalidade obter seu ponto de vista sobre o ajustamento social de seu filho, parente ou residente em sua casa ou em serviços assistenciais. O ajustamento social pode ser avaliado pela maior ou menor capacidade de uma pessoa cuidar de si mesma e de seus interesses como, por exemplo, alimentar-se, arrumar-se, realizar atividades domésticas e cuidados com a saúde, gerenciar suas finanças, utilizar transporte, realizar atividades de lazer e trabalhar. Este questionário abrange todas essas áreas de vida independente.

Por favor, utilize a escala abaixo para marcar cada item. Observe com atenção enquanto você realiza sua classificação de cada um dos 84 itens listados neste questionário. Classifique cada um dos 84 itens de acordo com a frequência da ocorrência deste comportamento em particular **durante o último mês**.

No final deste questionário há uma escala para se pontuar o ajustamento social global da pessoa. Por favor, marque com um "X" o local da linha que melhor o/a descreve durante o último mês.

Nome da pessoa que está sendo avaliada

Nome da pessoa entrevistada

Relação entre o entrevistado e a pessoa que está sendo avaliada

Escala 1: Frequência da ocorrência do comportamento

Para cada item deste questionário, por favor, registre na **Coluna 1** do questionário a frequência da ocorrência de cada comportamento durante o último mês. Se não houve oportunidade para o indivíduo se comportar de determinada forma (isto é, utilizar o ônibus quando não houver disponibilidade desse serviço), registre N/A (não se aplica). Ou, se não houve necessidade de que o indivíduo se comporte dessa forma (isto é, o parente ou encarregado das instalações, por exemplo, realiza as tarefas domésticas), também registre N/A.

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
nunca algumas vezes com frequência na maioria das vezes sempre

Nome _____

Data _____

Frequência do comportamento no último mês**I. Alimentação**

1. Alimenta-se asseadamente (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2. Usa utensílios adequados para se alimentar (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3. Alimenta-se em ritmo normal, sem engolir às pressas nem demorar demais (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4. Mastiga com a boca fechada (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5. Tira comida dos pratos de outras pessoas, sem permissão	0	1	2	3	4
6. Come a quantidade de alimento apropriada (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
7. Demonstra ter bons hábitos nutricionais (isto é, tem uma dieta bem equilibrada - não vive de doces e refrigerantes) (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
8. Come comida que foi descartada (por exemplo, do chão ou do lixo)	0	1	2	3	4

II. Cuidados Pessoais

1. Toma banho usando sabonete todos os dias (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2. Lava os cabelos pelo menos uma vez por semana (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3. Usa desodorante diariamente (sem supervisão)	0	1	2	3	4
4. Escova ou penteia os cabelos diariamente (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5. Homem: barbeia-se quando necessário ou mantém sua barba aparada (sem supervisão)	0	1	2	3	4
6. Providencia o corte ou o penteado dos cabelos quando necessário (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
7. Escova os dentes ou dentadura ou faz higiene bucal pelo menos uma vez ao dia (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
8. Despe-se em horas e locais apropriados (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
9. Veste-se em horas e locais apropriados (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
10. Conserva-se limpo (a) e arrumado (a) o dia todo (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
11. Separa apropriadamente roupas sujas para serem lavadas por ele (ela) ou por outras pessoas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
12. Veste-se apropriadamente quanto ao clima ou eventos sociais (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
13. Quebra a etiqueta social em geral (por exemplo, coça partes inadequadas do corpo em público, arrota em público sem se desculpar)	0	1	2	3	4

III. Atividades domésticas

1. Arruma sua cama diariamente (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2. Mantém o quarto ou espaço individual limpo (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3. Troca a roupa de cama sempre que necessário (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

Nome _____
 Data _____

Freqüência do comportamento no último mês

4. Recolhe objetos que caem no chão (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5. Limpa líquidos derramados (sem necessidade de orientação).....	0	1	2	3	4
6. Se ocupa da arrumação de sua moradia quando necessário (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
7. Realiza tarefas domésticas que lhe foram atribuídas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
8. Coloca a roupa suja no tanque ou na máquina de lavar (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
9. Usa a quantidade correta de sabão para lavar a roupa (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
10. Coloca as roupas para secar (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
11. Guarda as roupas limpas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
12. Dobra e/ou pendura as roupas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
IV. Preparo e armazenamento dos alimentos					
1. Prepara refeições simples que não precisem ser misturadas ou cozidas (por exemplo, sanduíches, saladas ou cereal com leite)	0	1	2	3	4
2. Prepara e cozinha refeições simples (por exemplo, ovos fritos, macarrão, etc.) (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3. Guarda os alimentos apropriadamente (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4. Pode identificar e jogar fora alimentos estragados (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5. Limpa a mesa (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
6. Lava e enxuga a louça e os utensílios de cozinha – caneca, prato, etc. - ou usa máquina de lavar louça (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
7. Guarda os utensílios de cozinha - caneca, prato, etc. (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
V. Saúde					
1- Relata apropriadamente seus problemas físicos (sem exagerar ou omitir)	0	1	2	3	4
2- Cuida de seus próprios problemas físicos mais leves de forma apropriada.	0	1	2	3	4
3- Consegue ajuda de serviços públicos adequados (INSS, bombeiros, policia, vigilância ou outros recursos - assistente social, médico, dentista, família, quando necessário.	0	1	2	3	4
4- Segue a orientação dos serviços acima citados	0	1	2	3	4
5. Fuma respeitando as regras de segurança.	0	1	2	3	4
6. Aceita tomar a medicação que lhe é administrada.	0	1	2	3	4
7. Toma seu medicamento sem supervisão (horários e dosagens)	0	1	2	3	4
8. Contata serviços públicos (por exemplo, policia, bombeiros, instituições para desabrigados) para fazer queixas ou pedidos impróprios (por exemplo, entra na delegacia para pedir uma carona para casa, telefona diariamente para instituições de desabrigados para relatar variados problemas sem importância)	0	1	2	3	4

Nome _____
 Data _____

Freqüência do comportamento no último mês

VI- Administração do dinheiro

1 - Compra a quantidade adequada de mercadorias (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2 - Compra suas próprias roupas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3 - Compra objetos de uso pessoal (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4 - Providencia o conserto de roupas e objetos (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5 - Paga contas (inclusive aluguel, alimentos, roupas, transporte, atividades de lazer e bens pessoais (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
6 - Administra adequadamente seu orçamento (isto é, planeja suas despesas de acordo com seus recursos financeiros)	0	1	2	3	4
7 - Procura ajuda ou informação, quando necessário, para planificação de seu orçamento (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
8 - Compreende os termos tutela ou curadoria (se for aplicável ao caso)	0	1	2	3	4
9- Compra itens essenciais antes de gastar dinheiro com supérfluos (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
10 - Utiliza o relógio para organizar sua programação diária	0	1	2	3	4
11- Devolve material defeituoso ou troca mercadorias em lojas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
12- Confere troco em lojas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

VII. Transporte

1- Anda de ônibus (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2- Lê itinerários de ônibus (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3- Vai a pé a locais da vizinhança (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4- Respeita as normas para pedestres (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5- Informa-se e segue as indicações de um trajeto (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
6- Faz viagens de longa distância (de ônibus, trem ou avião sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
7- Comporta-se apropriadamente em ônibus, trens ou aviões (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

VIII.Lazer

1- Ocupa-se regularmente com um passatempo (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2- Passeia fora de seu local de residência (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3- Cuida do jardim ou quintal (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4- Ouve rádio ou vê televisão (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5- Escreve cartas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
6- Assiste atividades esportivas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
7- Joga cartas ou outros jogos de mesa (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

Nome _____
 Data _____

Frequência do comportamento no último mês

8- Lê jornais habitualmente (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
9. Vai a reuniões de organizações cívicas ou outras (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
IX. Emprego					
1- Procura emprego através de anúncios classificados	0	1	2	3	4
2- Contata empregadores em potencial para avaliar possíveis oportunidades de trabalho (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3- Contata amigos/outros pacientes/assistente social/agência para indicações de empregos (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4- Participa de entrevistas de seleção para obter emprego (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5- Tem aspirações realísticas de emprego	0	1	2	3	4
6- Sai na hora certa para os compromissos (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
7- Sai na hora certa para o emprego (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
8- Chega na hora certa em seu emprego e respeita o horário de almoço (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

Anexo C

Apresentação das tabelas com os dados coletados sobre as dimensões da Escala ILSS

Tabelas com os dados coletados sobre as dimensões da Escala ILSS

I - ALIMENTAÇÃO**Questão 1: Alimenta-se asseadamente**

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
Nunca	0	0,00	0	0,00
algumas vezes	3	10,00	4	13,33
com freqüência	3	10,00	2	6,67
na maioria das vezes	5	16,67	1	3,33
sempre	19	63,33	23	76,67
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 2: Usa utensílios adequados para se alimentar

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
algumas vezes	0	0,00	4	13,33
com freqüência	1	3,33	0	0,00
na maioria das vezes	5	16,67	0	0,00
sempre	24	80,00	26	86,67
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 3: Alimenta-se em ritmo normal, sem engolir as pressas nem demorar demais

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
Nunca	0	0,00	2	6,67
algumas vezes	2	6,67	5	16,67
com freqüência	5	16,67	3	10,00
na maioria das vezes	4	13,33	4	13,33
sempre	19	63,33	16	53,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 4: Mastiga de boca fechada

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	2	6,67	1	3,33
algumas vezes	1	3,33	5	16,67
com freqüência	3	10,00	1	3,33
na maioria das vezes	9	30,00	0	0,00
sempre	15	50,00	22	73,33
missing	0	0,00	1	3,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 5: Tira comida dos pratos dos outros sem permissão

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	27	90,00	28	93,33
algumas vezes	0	0,00	1	3,33
com freqüência	1	3,33	0	0,00
na maioria das vezes	0	0,00	1	3,33
sempre	2	6,67	0	0,00
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 6: Come a quantidade de alimentos apropriada

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	1	3,34	2	6,67
algumas vezes	4	13,33	4	13,33
com freqüência	4	13,33	1	3,33
na maioria das vezes	9	30,00	0	0,00
sempre	12	40,00	23	76,67
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 7: Demonstra ter bons hábitos nutricionais

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	3	10,00	5	16,67
algumas vezes	3	10,00	5	16,67
com freqüência	5	16,67	3	10,00
na maioria das vezes	8	26,67	1	3,33
sempre	11	36,66	15	50,00
Missing	0	0,00	1	3,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 8: Come comida que foi descartada

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	27	90,00	28	93,33
algumas vezes	0	0,00	1	3,33
na maioria das vezes	2	6,67	0	0,00
sempre	1	3,33	1	3,33
Total	30	100,00	30	100,00

II - CUIDADOS PESSOAIS

Questão 1: Toma banho usando sabonete todos os dias

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	1	3,33	1	3,33
algumas vezes	4	13,33	2	6,67
com freqüência	2	6,67	1	3,33
na maioria das vezes	9	30,00	3	10,00
sempre	14	46,67	23	76,67
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 2: Lava os cabelos pelo menos uma vez por semana

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
algumas vezes	2	6,67	2	6,67
na maioria das vezes	6	20,00	0	0,00
sempre	22	73,33	28	93,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 3: Usa desodorante diariamente

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	5	16,67	2	6,67
algumas vezes	1	3,33	3	10,00
com freqüência	2	6,67	0	0,00
na maioria das vezes	7	23,33	2	6,67
sempre	13	43,33	23	76,67
missing	2	6,67	0	0,00
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 4: Escova ou penteia os cabelos diariamente

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	2	6,67	1	3,33
algumas vezes	3	10,00	3	10,00
com freqüência	3	10,00	0	0,00
na maioria das vezes	6	20,00	2	6,67
sempre	15	50,00	24	80,00
missing	1	3,33	0	0,00
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 5: Homem: barbeia-se quando necessário ou mantém sua barba aparada

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	3	10,00	1	3,33
algumas vezes	1	3,33	1	3,33
com freqüência	1	3,33	2	6,67
na maioria das vezes	1	3,33	1	3,33
sempre	5	16,67	5	16,67
missing	19	63,34	20	66,67
	30	100,00	30	100,00

Questão 6: Providencia o corte ou o cabelo penteado dos cabelos

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	6	20,00	5	16,67
algumas vezes	3	10,00	2	6,67
com freqüência	4	13,33	0	0,00
na maioria das vezes	10	33,33	1	3,33
sempre	7	23,34	22	73,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 7: Escova ou dentes ou dentadura ou faz a higiene bucal pelo menos uma vez ao dia

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	7	23,33	1	3,33
algumas vezes	0	0,00	3	10,00
com freqüência	3	10,00	2	6,67
na maioria das vezes	8	26,67	3	10,00
sempre	10	33,33	21	70,00
missing	2	6,67	0	0,00
	30	100,00	30	100,00

Questão 8: Despe-se em horas e locais apropriados

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	2	6,67	0	0,00
algumas vezes	1	3,33	2	6,67
com freqüência	1	3,33	0	0,00
na maioria das vezes	3	10,00	2	6,67
sempre	23	76,67	26	86,67
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 9: Veste-se em horas e locais apropriados

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	1	3,33	0	0,00
algumas vezes	0	0,00	3	10,00
com freqüência	2	6,67	1	3,33
na maioria das vezes	4	13,33	0	0,00
sempre	23	76,67	26	86,67
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 10: Conserva-se limpo e arrumado o dia todo

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	0	0,00	3	10,00
algumas vezes	3	10,00	4	13,33
com freqüência	2	6,67	3	10,00
na maioria das vezes	8	26,67	19	63,33
sempre	17	56,66	29	96,67
missing	0	0,00	1	3,33
Total	30	100,00	59	196,67

Questão 11: Separa apropriadamente roupas sujas para serem lavadas por ele ou por outras pessoas

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	1	3,33	4	13,33
algumas vezes	3	10,00	3	10,00
com freqüência	3	10,00	2	6,67
na maioria das vezes	2	6,67	0	0,00
sempre	21	70,00	21	70,00
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 12: Veste-se apropriadamente quando ao clima ou eventos sociais

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	1	3,33	2	6,67
algumas vezes	1	3,33	3	10,00
com freqüência	2	6,67	1	3,33
na maioria das vezes	6	20,00	2	6,67
sempre	20	66,67	22	73,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 13: Quebra a etiqueta social

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	16	53,34	26	86,67
algumas vezes	4	13,33	2	6,67
com freqüência	1	3,33	0	0,00
na maioria das vezes	3	10,00	0	0,00
sempre	6	20,00	2	6,67
Total	30	100,00	30	100,00

III - ATIVIDADES DOMÉSTICAS**Questão 1: Arruma sua cama diariamente**

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	3	10,00	1	3,33
algumas vezes	4	13,33	3	10,00
com freqüência	2	6,67	0	0,00
na maioria das vezes	2	6,67	2	6,67
sempre	19	63,33	24	80,00
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 2: Mantém o quarto ou espaço individual limpo

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	5	16,67	5	16,67
algumas vezes	4	13,33	3	10,00
com freqüência	3	10,00	3	10,00
na maioria das vezes	5	16,67	2	6,67
sempre	13	43,33	17	56,67
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 3: Troca a roupa da cama sempre que necessário

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	8	26,67	7	23,33
algumas vezes	5	16,67	6	20,00
com freqüência	2	6,67		
na maioria das vezes	3	10,00	1	3,33
sempre	11	36,66	16	53,33
missing	1	3,33	0	0,00
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 4: Recolhe objetos que caem no chão

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	4	13,33	2	6,67
algumas vezes	2	6,67	2	6,67
com freqüência	2	6,67	1	3,33
na maioria das vezes	3	10,00	0	0,00
sempre	19	63,33	25	83,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 5: Limpa líquidos derramados

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	7	23,33	2	6,67
algumas vezes	2	6,67	5	16,67
com freqüência	1	3,33	1	3,33
na maioria das vezes	3	10,00	2	6,67
sempre	17	56,67	20	66,67
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 6: Se ocupa da arrumação de sua moradia quando necessário

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	8	26,67	2	6,67
algumas vezes	1	3,33	5	16,67
com freqüência	5	16,67	1	3,33
na maioria das vezes	3	10,00	1	3,33
sempre	13	43,33	21	70,00
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 7: Realiza tarefas domésticas que lhe foram atribuídas

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	5	16,67	0	0,00
algumas vezes	3	10,00	3	10,00
com freqüência	1	3,33	2	6,67
na maioria das vezes	3	10,00	1	3,33
sempre	17	56,67	24	80,00
missing	1	3,33	0	0,00
missing	30	100,00	30	100,00

Questão 8: Coloca a roupa suja no tanque ou na máquina de lavar

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	5	16,67	5	16,67
algumas vezes	2	6,67	1	3,33
com freqüência	3	10,00	2	6,67
na maioria das vezes	1	3,33	1	3,33
sempre	16	53,33	21	70,00
missing	3	10,00	0	0,00
	30	100,00	30	100,00

Questão 9: Usa a quantidade correta de sabão para lavar a roupa

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	4	13,33	8	26,67
algumas vezes	0	0,00	4	13,33
com freqüência	3	10,00	1	3,33
na maioria das vezes	2	6,67	2	6,67
sempre	12	40,00	15	50,00
missing	9	30,00	0	0,00
	30	100,00	30	100,00

Questão 10: Coloca as roupas para secar

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	5	16,67	1	3,33
algumas vezes	2	6,67	4	13,33
na maioria das vezes	2	6,67	2	6,67
sempre	17	56,66	23	76,67
missing	4	13,33	0	0,00
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 11: Guarda as roupas limpas

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	5	16,67	2	6,67
algumas vezes	1	3,33	4	13,33
com freqüência	1	3,33	1	3,33
na maioria das vezes	4	13,33	1	3,33
sempre	19	63,34	22	73,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 12: Guarda e/ou pendura as roupas

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	6	20,00	3	10,00
algumas vezes	2	6,67	7	23,33
com freqüência	2	6,67	0	0,00
na maioria das vezes	4	13,33	2	6,67
sempre	16	53,33	18	60,00
Total	30	100,00	30	100,00

IV - PREPARO E ARMAZENAMENTO DE ALIMENTOS**Questão 1: Prepara refeições simples que não precisam ser misturadas ou cozidas**

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	6	20,00	2	6,67
algumas vezes	0	0,00	2	6,67
com freqüência	1	3,33	0	0,00
na maioria das vezes	4	13,33	1	3,33
sempre	15	50,00	25	83,33
missing	4	13,34	0	0,00
	30	100,00	30	100,00

Questão 2: Prepara e cozinha refeições simples

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	6	20,00	4	13,33
algumas vezes	0	0,00	2	6,67
com freqüência	1	3,33	0	0,00
na maioria das vezes	4	13,33	2	6,67
sempre	14	46,67	21	70,00
missing	5	16,67	1	3,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 3: Guarda os alimentos apropriadamente

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	5	16,67	2	6,67
algumas vezes	1	3,33	6	20,00
com freqüência	1	3,33	1	3,33
na maioria das vezes	4	13,33	2	6,67
sempre	16	53,34	19	63,33
missing	3	10,00	0	0,00
	30	100,00	30	100,00

Questão 4: Pode identificar e jogar fora alimentos estragados

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	6	20,00	6	20,00
algumas vezes	0	0,00	2	6,67
com freqüência	2	6,67	1	3,33
na maioria das vezes	3	10,00	3	10,00
sempre	19	63,33	18	60,00
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 5: Limpa a mesa

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	6	20,00	2	6,67
algumas vezes	0	0,00	4	13,33
com freqüência	4	13,33	0	0,00
na maioria das vezes	1	3,33	1	3,33
sempre	19	63,34	23	76,67
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 6: Lava e enxuga a louça e os utensílios da cozinha

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	7	23,33	1	3,33
algumas vezes	1	3,33	4	13,33
com freqüência	2	6,67	1	3,33
na maioria das vezes	0	0,00	24	80,00
sempre	16	53,34	0	0,00
missing	4	13,33	0	0,00
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 7: Guarda os utensílios da cozinha

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	8	26,67	1	3,33
algumas vezes	0	0,00	3	10,00
com freqüência	2	6,67	2	6,67
na maioria das vezes	1	3,33	0	0,00
sempre	16	53,33	24	80,00
missing	3	10,00	0	0,00
	30	100,00	30	100,00

V - SAÚDE

Questão 1: Relata apropriadamente seus problemas físicos

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	2	6,67	4	13,33
algumas vezes	1	3,33	5	16,67
com freqüência	2	6,67	0	0,00
na maioria das vezes	11	36,66	3	10,00
sempre	14	46,67	17	56,67
missing	0	0,00	1	3,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 2: Cuida de seus próprios problemas físicos mais leves de forma adequados

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	5	16,67	3	10,00
algumas vezes	2	6,67	2	6,67
com freqüência	2	6,67	1	3,33
na maioria das vezes	13	43,33	2	6,67
sempre	7	23,33	21	70,00
System	1	3,33	1	3,33
	30	100,00	30	100,00

Questão 3: Consegue ajuda de serviços publicos adequados

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	6	20,00	12	40,00
algumas vezes	1	3,33	2	6,67
com freqüência	4	13,33	1	3,33
na maioria das vezes	6	20,00	2	6,67
sempre	13	43,34	13	43,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 4: Segue a orientação dos serviços citados

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	4	13,33	10	33,33
algumas vezes	1	3,33	4	13,33
com freqüência	3	10,00	0	0,00
na maioria das vezes	8	26,67	1	3,33
sempre	13	43,34	15	50,00
missing	1	3,33	0	0,00
	30	100,00	30	100,00

Questão 5: Fuma respeitando as regras de segurança

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	3	10,00	2	6,67
algumas vezes	4	13,33	2	6,67
com freqüência	0	0,00	1	3,33
na maioria das vezes	8	26,67	2	6,67
sempre	8	26,67	16	53,33
missing	7	23,33	7	23,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 6: Aceita tomar a medicação que lhe é administrada

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	0	0,00	1	3,33
algumas vezes	0	0,00	2	6,67
com freqüência	1	3,33	0	0,00
na maioria das vezes	6	20,00	1	3,33
sempre	22	73,34	25	83,33
missing	1	3,33	1	3,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 7: Toma seu medicamento sem supervisão

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	9	30,00	11	36,67
algumas vezes	7	23,34	2	6,67
com freqüência	1	3,33	1	3,33
na maioria das vezes	1	3,33	1	3,33
sempre	6	20,00	15	50,00
missing	6	20,00	0	0,00
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 8: Contata serviços públicos para fazer queixas ou pedidos impróprios

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	24	80,00	27	90,00
algumas vezes	1	3,33	0	0,00
com freqüência	1	3,33	0	0,00
sempre	2	6,67	3	10,00
missing	2	6,67	0	0,00
Total	30	100,00	30	100,00

VI - ADMINISTRAÇÃO DO DINHEIRO

Questão 1: Compra a quantidade adequada de mercadorias

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	9	30,00	9	30,00
algumas vezes	3	10,00	4	13,33
com freqüência	2	6,67	2	6,67
na maioria das vezes	4	13,33	0	0,00
sempre	4	13,33	14	46,67
missing	8	26,67	1	3,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 2: Compra suas próprias roupas

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	10	33,33	9	30,00
algumas vezes	5	16,67	1	3,33
na maioria das vezes	4	13,33	4	13,33
sempre	3	10,00	15	50,00
missing	8	26,67	1	3,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 3: Compra objetos de uso pessoal

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	9	30,00	5	16,67
algumas vezes	5	16,67	2	6,67
com freqüência	1	3,33	0	0,00
na maioria das vezes	4	13,33	2	6,67
sempre	3	10,00	20	66,67
missing	8	26,67	1	3,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 4: Providencia o conserto de roupas e objetos

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	6	20,00	12	40,00
algumas vezes	4	13,33	1	3,33
com freqüência	2	6,67	1	3,33
na maioria das vezes	3	10,00	1	3,33
sempre	6	20,00	14	46,67
missing	9	30,00	1	3,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 5: Paga suas contas

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	10	33,33	10	33,33
com freqüência	1	3,33	0	0,00
na maioria das vezes	1	3,33	1	3,33
sempre	4	13,34	17	56,67
missing	14	46,67	2	6,67
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 6: Administra adequadamente seu orçamento

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	8	26,67	14	46,67
algumas vezes	5	16,67	2	6,67
com freqüência	1	3,33	1	3,33
na maioria das vezes	2	6,67	1	3,33
sempre	5	16,66	12	40,00
missing	9	30,00	0	0,00
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 7: Procura ajuda ou informação, quando necessário, para planificação de seu orçamento

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	8	26,67	15	50,00
algumas vezes	4	13,33	1	3,33
com freqüência	3	10,00	0	0,00
na maioria das vezes	1	3,33	1	3,33
sempre	6	20,00	13	43,33
missing	8	26,67	0	0,00
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 8: Compreende os termos tutela ou curadoria

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	8	26,67	11	36,67
algumas vezes	2	6,66	3	10,00
na maioria das vezes	3	10,00	2	6,67
sempre	9	30,00	10	33,33
missing	8	26,67	4	13,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 9: Compra itens essenciais antes de gastar dinheiro com supérfluos

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	11	36,67	10	33,33
algumas vezes	2	6,67	2	6,67
com freqüência	1	3,33	0	0,00
na maioria das vezes	2	6,66	0	0,00
sempre	6	20,00	16	53,33
missing	8	26,67	2	6,67
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 10: Utiliza o relógio para organizar sua programação diária

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	8	26,67	13	43,33
algumas vezes	2	6,67	0	0,00
com freqüência	2	6,67	0	0,00
na maioria das vezes	5	16,66	0	0,00
sempre	6	20,00	16	53,33
missing	7	23,33	1	3,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 11: Devolve material defeituoso ou troca mercadorias em lojas

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	10	33,33	13	43,33
algumas vezes	3	10,00	1	3,33
com freqüência	0	0,00	0	0,00
na maioria das vezes	2	6,67	0	0,00
sempre	4	13,33	14	46,67
missing	11	36,67	2	6,67
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 12: Confere troco em lojas

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	10	33,33	7	23,33
algumas vezes	2	6,67	2	6,67
com freqüência	1	3,33	0	0,00
na maioria das vezes	2	6,67	0	0,00
sempre	6	20,00	20	66,67
missing	9	30,00	1	3,33
Total	30	100,00	30	100,00

VII - TRANSPORTE

Questão 1: Anda de ônibus

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	16	53,33	17	56,67
algumas vezes	4	13,33	0	0,00
com freqüência	0	0,00	1	3,33
na maioria das vezes	1	3,33	0	0,00
sempre	5	16,67	11	36,67
missing	4	13,34	1	3,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 2: Lê itinerários de ônibus

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	9	30,00	17	56,67
algumas vezes	4	13,33	1	3,33
com freqüência	2	6,67	0	0,00
na maioria das vezes	1	3,33	0	0,00
sempre	4	13,33	10	33,33
missing	10	33,34	2	6,67
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 3: Vai a pé a locais da vizinhança

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	6	20,00	1	3,33
algumas vezes	1	3,33	0	0,00
na maioria das vezes	3	10,00	1	3,33
sempre	17	56,67	28	93,33
missing	3	10,00	0	0,00
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 4: Respeita as normas para pedestre

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	5	16,67	5	16,67
algumas vezes	0	0,00	2	6,67
com freqüência	2	6,67	1	3,33
na maioria das vezes	3	10,00	2	6,67
sempre	14	46,66	19	63,33
missing	6	20,00	1	3,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 5: Informa-se e segue as indicações de um trajeto				
	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	4	13,33	9	30,00
algumas vezes	1	3,33	1	3,33
com freqüência	1	3,33	0	0,00
na maioria das vezes	5	16,67	0	0,00
sempre	15	50,00	19	63,33
missing	4	13,34	1	3,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 6: Faz viagem de longa distância				
	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	20	66,67	19	63,33
algumas vezes	1	3,33	4	13,33
com freqüência	0	0,00	1	3,33
na maioria das vezes	1	3,33	1	3,33
sempre	2	6,67	5	16,67
missing	6	20,00	0	0,00
Total	30	100,00	30	100,00

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	2	6,67	0	0,00
algumas vezes	2	6,67	1	3,33
com freqüência	0	0,00	0	0,00
na maioria das vezes	4	13,33	0	0,00
sempre	14	46,67	28	93,33
missing	8	26,66	1	3,33
Total	30	100,00	30	100,00

VIII - LAZER

Questão 1: Ocupa-se regularmente com seu passatempo

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	5	16,67	15	50,00
algumas vezes	2	6,67	3	10,00
com freqüência	4	13,33	1	3,33
na maioria das vezes	6	20,00	3	10,00
sempre	13	43,33	8	26,67
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 2: Passeia fora de seu local de residência

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	3	10,00	7	23,33
algumas vezes	1	3,33	3	10,00
com freqüência	4	13,33	0	0,00
na maioria das vezes	3	10,00	0	0,00
sempre	19	63,34	20	66,67
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 3: Cuida do jardim ou quintal

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	10	33,33	16	53,33
algumas vezes	5	16,67	2	6,67
com freqüência	1	3,33	1	3,33
na maioria das vezes	4	13,33	2	6,67
sempre	2	6,67	9	30,00
missing	8	26,67	0	0,00
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 4: Ouve rádio ou vê televisão

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	1	3,33	1	3,33
com freqüência	5	16,67	0	0,00
na maioria das vezes	2	6,67	0	0,00
sempre	22	73,33	28	93,33
missing	0	0,00	1	3,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 5: Escreve cartas

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	14	46,67	22	73,33
algumas vezes	2	6,67	0	0,00
com freqüência	1	3,33	0	0,00
sempre	0	0,00	5	16,67
System	13	43,33	3	10,00
	30	100,00	30	100,00

Questão 6: Assiste atividades esportivas

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	7	23,33	16	53,33
algumas vezes	12	40,00	5	16,67
com freqüência	1	3,33	0	0,00
na maioria das vezes	1	3,34	2	6,67
sempre	3	10,00	5	16,67
missing	6	20,00	2	6,67
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 7: Joga cartas ou outros jogos de mesa

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	13	43,33	26	86,67
algumas vezes	8	26,67	0	0,00
com freqüência	2	6,67	0	0,00
sempre	1	3,33	2	6,67
missing	6	20,00	2	6,67
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 8: Lê jornais habitualmente

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	12	40,00	23	76,67
algumas vezes	2	6,67	3	10,00
com freqüência	1	3,33	1	3,33
na maioria das vezes	1	3,33	0	0,00
sempre	0	0,00	2	6,67
missing	14	46,67	1	3,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 9: Vai a reuniões de organizações cívicas ou outras

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	7	23,33	12	40,00
algumas vezes	2	6,67	6	20,00
com freqüência	3	10,00	2	6,67
na maioria das vezes	1	3,33	0	0,00
sempre	9	30,00	10	33,33
missing	8	26,67	0	0,00
Total	30	100,00	30	100,00

IX - EMPREGO

Questão 1: Procura emprego através de anúncios classificados

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	10	33,33	27	90,00
sempre	0	0,00	2	6,67
missing	20	66,67	1	3,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 2: Contata empregadoras em potencial para avaliar possíveis oportunidades de trabalho

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	13	43,33	25	83,33
algumas vezes	0	0,00	1	3,33
com freqüência	0	0,00	1	3,33
na maioria das vezes	1	3,33	0	0,00
sempre	0	0,00	2	6,67
missing	16	53,34	1	3,33
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 3: Contata amigos/outros pacientes/assistentes social/agência para indicação de emprego

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	13	43,33	24	80,00
algumas vezes	0	0,00	1	3,33
com freqüência	0	0,00	1	3,33
na maioria das vezes	1	3,33	0	0,00
sempre	0	0,00	4	13,33
missing	16	53,34	0	0,00
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 4: Participa de entrevistas de seleção para obter emprego

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	14	46,67	28	93,33
sempre	0	0,00	2	6,67
missing	16	53,33	0	0,00
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 5: Tem aspirações realistas de emprego

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	13	43,33	17	56,67
algumas vezes	1	3,33	3	10,00
com freqüência	0	0,00	1	3,33
na maioria das vezes	2	6,67	1	3,33
sempre	2	6,67	8	26,67
missing	12	40,00	0	0,00
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 6: Sai na hora certa para os compromissos

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	6	20,00	8	26,67
algumas vezes	0	0,00	5	16,67
com freqüência	1	3,33	0	0,00
na maioria das vezes	6	20,00	0	0,00
sempre	10	33,33	17	56,67
missing	7	23,34	0	0,00
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 7: Sai na hora certa para o emprego

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	3	10,00	5	16,67
algumas vezes	0	0,00	3	10,00
com freqüência	2	6,67	0	0,00
na maioria das vezes	4	13,33	0	0,00
sempre	11	36,67	14	46,67
missing	10	33,33	8	26,67
Total	30	100,00	30	100,00

Questão 8: Chega na hora certa em seu emprego e respeita o horário de almoço

	2002		2004	
	freqüência	%	freqüência	%
nunca	3	10,00	5	16,67
algumas vezes	1	3,33	3	10,00
com freqüência	3	10,00	0	0,00
na maioria das vezes	3	10,00	1	3,33
sempre	11	36,67	15	50,00
missing	9	30,00	6	20,00
Total	30	100,00	30	100,00

Anexo D

Análise Estatística

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	84.8214	21	18.06795	3.94275
Pair 2	85.1190	21	10.50041	2.29138
Pair 3	80.5128	30	14.43287	2.63507
Pair 4	71.9872	30	15.55512	2.83996
Pair 5	76.8056	30	26.76780	4.88711
Pair 6	65.2083	30	33.50865	6.11782
Pair 7	80.4762	30	25.14443	4.59072
Pair 8	64.1667	30	36.18511	6.60647
Pair 9	68.5417	30	21.66515	3.95550
Pair 10	66.0417	30	19.81075	3.61693
Pair 11	57.5149	28	34.89466	6.59447
Pair 12	33.6310	28	27.56699	5.20967
Pair 13	61.2434	27	25.51863	4.91106
Pair 14	47.7513	27	29.20231	5.61999
Pair 15	38.1226	29	19.97431	3.70914
Pair 16	38.1226	29	14.23955	2.64422
Pair 17	33.5938	24	25.20719	5.14540
Pair 18	26.1719	24	17.23530	3.51814

Paired Samples Test

	Paired Differences							t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		Upper				
				Lower	Upper					
Pair 1 PAL_2004 - PAL_2002	-.29762	18.27269	3.98743	-8.61525	8.02001		-.075	20	.941	
Pair 2 PCP_2004 - PCP_2002	8.52564	17.78149	3.24644	1.88593	15.16536		2.626	29	.014	
Pair 3 PAD_2004 - PAD_2002	11.59722	38.42133	7.01474	-2.74954	25.94398		1.653	29	.109	
Pair 4 PPA_2004 - PPA_2002	16.30952	36.09018	6.58914	2.83323	29.78582		2.475	29	.019	
Pair 5 PSA_2004 - PSA_2002	2.50000	26.62297	4.86067	-7.44118	12.44118		.514	29	.611	
Pair 6 PDI_2004 - PDI_2002	23.88393	43.95156	8.30606	6.84129	40.92656		2.875	27	.008	
Pair 7 PTR_2004 - PTR_2002	13.49206	30.83947	5.93506	1.29238	25.69175		2.273	26	.032	
Pair 8 PLA_2004 - PLA_2002	.00000	23.07396	4.28473	-8.77686	8.77686		.000	28	1.000	
Pair 9 PEM_2004 - PEM_2002	7.42188	24.07974	4.91526	-2.74611	17.58986		1.510	23	.145	

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 tot2004	63.1877	30	15.95468	2.91291
tot2002	55.6638	30	16.61573	3.03360

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)	
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference					Upper
				Lower	Upper				
Pair 1 tot2004 - tot2002	7.52395	19.25104	3.51474	.33549	14.71241	2.141	29	.041	

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 totind2004	77.0223	30	16.29385	2.97484
totind2002	71.5124	30	16.47215	3.00739

Paired Samples Test

		Paired Differences						
		Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
				Lower	Upper			
Pair 1	totind2004 - totind2002	5.50993	19.84135	-1.89896	12.91881	1.521	29	.139

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 totadm2004	52.9864	30	18.18318	3.31978
totadm2002	41.1184	30	19.70557	3.59773

Paired Samples Test

		Paired Differences						
		Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
				Lower	Upper			
Pair 1	totadm2004 - totadm2002	11.86800	21.05505	4.00592	19.73009	3.087	29	.004

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](#)