



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL DE NITERÓI
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL

CRISTIANE MEDEIROS DOS SANTOS

**O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO
MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS - RJ**

**NITERÓI
2021**

CRISTIANE MEDEIROS DOS SANTOS

**O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO
MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS - RJ**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Política Social.

Orientador:

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes

Niterói, RJ

2021

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

M488p Medeiros Dos Santos, CRISTIANE
O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO
MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS - RJ / CRISTIANE Medeiros Dos
Santos ; CARLOS ANTONIO DE SOUZA MORAES, orientador. Niterói,
2021.
151 f.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense,
Niterói, 2021.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGESS.2021.m.05407405784>

1. POLITICA DE SAUDE MENTAL. 2. REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL. 3. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. 4. DUQUE DE
CAXIAS. 5. Produção intelectual. I. ANTONIO DE SOUZA MORAES,
CARLOS, orientador. II. Universidade Federal Fluminense.
Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD -

CRISTIANE MEDEIROS DOS SANTOS

**O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO
MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS - RJ**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Política Social.

Aprovada em 18 de outubro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Orientador

Prof. Dr. Roberto Coelho do Carmo – UFOP

Profa. Dra. Mônica de Castro Maia Senna – UFF /PPGPS

Profa. Dra. Rachel Gouveia Passos – UFRJ e UFF/ PPGPS

Niterói

2021

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus que esteve ao meu lado a cada dia durante essa jornada e por não ter permitido que eu desistisse diante dos obstáculos que enfrentei durante o longo caminho.

Serei eternamente grata a minha família, em especial a minha companheira, amiga, cúmplice, parceira Tatiana Chagas, esta que durante os dois anos do mestrado me fez acreditar que realizar meu sonho seria possível e que renunciou seus sonhos, seus planos e projetos, para que eu pudesse concluir mais essa etapa da minha vida. Literalmente, sem o seu incentivo não conseguiria almejar a realização do meu grande sonho. A minha filha pet Clarinha por compreender a minha ausência em alguns passeios, em algumas brincadeiras e sobretudo, nas noites em que fiquei no computador produzindo a dissertação durante o seu sono. Amo demais a minha família!

Agradeço também os meus sogros Jane Chagas e Júlio Pina que estiveram todos os dias ao meu lado me apoiando e acreditando que seria possível. Agradeço por toda força que me deram durante a dura jornada que enfrentei durante esse período. Sem vocês não teria suportado.

Agradeço a todos os professores que contribuíram de forma esplendida durante toda a minha formação. Em especial, o meu orientador Dr. Carlos Moraes, que durante todo o processo de orientação me proporcionou novos saberes, conduzindo de forma leve e prática esse momento tenso e mostrou com muita propriedade que é possível a construção de uma relação que venha ser baseada no respeito e na parceria. Agradeço também a minha colega, Cristiane Lourenço, pela torcida, incentivo e apoio e por sempre me ouvir em momentos de angústias e inquietações acadêmicas e profissionais. Também agradeço aos meus colegas de turma do mestrado por terem compartilhado comigo reflexões, inquietações e descobertas.

Aos professores e professoras do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social com os quais tive contato ao longo do curso. Seus ensinamentos foram essenciais para minha formação como mestra. Obrigada!

Agradeço imensamente as entrevistadas da pesquisa por terem aceitado prontamente contribuir com o desenvolvimento deste estudo.

Agradeço à banca avaliadora, que desde a minha qualificação contribuíram com excelentes reflexões e apontamentos para o desenvolvimento desta pesquisa.

A CAPES, pelo financiamento a esta pesquisa através da bolsa e o incentivo à produção de conhecimento

Enfim, agradeço a todos os meus amigos, familiares e companheiras de profissão que contribuíram de forma efetiva para que eu conseguisse me tornar a primeira pessoa a concluir o mestrado na minha família. Eu agradeço com todo o meu amor e meu carinho. Muito obrigada! Enfim, consegui!

Cristiane Medeiros dos Santos

RESUMO

SANTOS, Cristiane Medeiros. **O processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial no município de Duque de Caxias, RJ**. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2021.

A dissertação de mestrado ora apresentada está pautada na seguinte questão: Como se processou a construção da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Município de Duque de Caxias/RJ considerando as articulações políticas, os conflitos e correlações de forças? Para tanto, seu objetivo geral consiste em analisar este processo de construção da Raps no município de Duque de Caxias/RJ reconhecendo conflitos, correlações de forças e articulações políticas existentes. A ausência de estudos a respeito da implantação da política de saúde mental no município mencionado, articulado ao fato de que o mesmo, com exceção da capital fluminense, possui o maior número de população residente (919.596 pessoas) da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, apontam para relevância científica da pesquisa que, por sua vez, foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa sob o protocolo CAAE 47314621.3.0000.5243. Para a sua construção e desenvolvimento, fundamentou-se no materialismo histórico-dialético e na pesquisa de dimensão qualitativa, por meio de estudo de caso, construído a partir de investigações bibliográficas e de campo. Para a pesquisa de campo, recorreu-se a amostra não probabilística *snowball*, selecionando 05 sujeitos que protagonizaram o processo de construção da Raps, em Duque de Caxias/RJ. Tais sujeitos participaram da pesquisa por meio da técnica de entrevista, de tipo semiestruturada, realizadas com o recurso da plataforma *google meet*, em função da pandemia do novo coronavírus e da necessidade de garantia do distanciamento social, conforme recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). De forma geral, os resultados apontam que a construção da Raps em Duque de Caxias foi marcada pelo fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi e do Sanatório Duque de Caxias, no município estudado, a partir de intervenção do Ministério Público; além de iniciativas individuais desenvolvidas por uma enfermeira e um psiquiatra em uma unidade de saúde, a partir do final dos anos 1980 e início dos anos 1990, e aparentemente sintonizadas com os movimentos antimanicomiais da época, dentre outros. Tais processos foram marcados por conflitos e tensões expressos na persistência de uma cultura manicomial e hospitalocêntrica responsável por práticas discriminatórias, baseadas em julgamentos morais sobre os usuários em sofrimento psíquico, sobretudo os usuários de álcool e outras drogas, resultando inicialmente, na tentativa de seu isolamento no interior de alguns novos serviços de saúde mental, além da dificuldade de criação de um fluxo de atendimento ao usuário.

Palavras-chave: Política de Saúde Mental; Rede de Atenção Psicossocial; Centro de Atenção Psicossocial; Movimento Nacional de luta Antimanicomial; Duque de Caxias.

ABSTRACT

The master's thesis presented here is based on the following question: How was the construction of the Psychosocial Care Network (Raps) in the city of Duque de Caxias, RJ, considering political articulations, conflicts and correlations of forces? Therefore, its general objective is to analyze this process of construction of Raps in the city of Duque de Caxias, RJ, recognizing conflicts, correlations of forces and existing political articulations. The absence of studies regarding the implementation of the mental health policy in the mentioned city, linked to the fact that, with the exception of the state capital, it has the largest number of resident population (919,596 people) in Metropolitan Region I of Rio de Janeiro, point to the scientific relevance of the research, which, in turn, was approved by the Research Ethics Committee under the protocol CAAE 47314621.3.0000.5243. For its construction and development, it was based on historical-dialectical materialism and on research with a qualitative dimension, through a case study, built from bibliographical and field investigations. For the field research, the non-probabilistic snowball sample was used, selecting 05 subjects who played a leading role in the construction process of Raps, in Duque de Caxias/RJ. These subjects participated in the research through the semi-structured interview technique, carried out using the google meet platform, due to the new coronavirus pandemic and the need to guarantee social distance, as recommended by the World Health Organization (WHO). In general, the results show that the construction of Raps in Duque de Caxias was marked by the closing of the Dr. Eiras Health House, in Paracambi and the Duque de Caxias Sanatorium, after intervention by the Public Ministry; in addition to individual initiatives developed by a nurse and a psychiatrist in a health unit, from the late 1980s and early 1990s, and in tune with the anti-asylum movements of the time, among others. Such processes were marked by conflicts and tensions expressed in the persistence of a asylum and hospital-centric culture responsible for discriminatory practices, based on moral judgments about patients in psychological distress, especially users of alcohol and other drugs, initially resulting in an attempt to isolate them within some new mental health services, in addition to the difficulty of creating a flow of patient care.

Keywords: Mental Health Policy; Psychosocial Care Network; Psychosocial Care Center; National Anti-Asylum Struggle Movement; Duque de Caxias.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - A Rede de Atenção à Saúde Mental.....	56
Figura 2 – Duque de Caxias.....	84
Figura 3 - Tenório Cavalcanti, o "homem da capa preta", dominou a cena política na Baixada Fluminense dos anos 1950.....	85
Figura 4 - Mapa da Baixada Fluminense – RJ.....	86
Figura 5 – Empresas localizadas na Baixada Fluminense em 2012.....	88
Figura 6 - Comparativo da área territorial de Duque de Caxias com outros municípios em 2019.....	90
Figura 7 - Ranking do IDHM dos Municípios de 2010.....	92
Figura 8 - Cadastro Geral de Empregados e Desempregados.....	94
Figura 9 - Comparativo do PIB per capita de Duque de Caxias com outros municípios em 2018.....	95

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantidade de CAPS, população residente e IDHM por municípios.....	97
Tabela 2 - Número de CAPS por município da Região Metropolitana I, segundo modalidade do serviço.....	98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
Abrasco	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ACP	Ação Civil Pública
Alerj	Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
APS	Atenção Primária à Saúde
Caged	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
Capsi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CapsAD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEREDEQ	Centros de Referência em Dependência Química
CERSAMs	Centros de Referência em Saúde Mental
CISM	Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Dinsam	Divisão Nacional de Saúde Mental
DPRJ	Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro
ECT	Eletroconvulsoterapia
EPI	Equipamento de proteção individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família

FASM	Frente Ampliada de Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial
FEBRACT	Federação Nacional das Comunidades Terapêuticas
FNM	Fábrica Nacional de Motores
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPUB	Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MHD	Materialismo Histórico Dialético
MNLA	Movimento Nacional de Luta antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
MRP	Movimento da Reforma Psiquiátrica
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
Naps	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NEMLA	Núcleo Estadual do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
Nepad	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao uso de drogas
NUPPSAM	Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSs	Organizações Sociais de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria
POL	Partido Socialismo e Liberdade
PT	Partido dos Trabalhadores
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REDUC	Refinaria de Duque de Caxias
REME	Movimento de Renovação Médica
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RP	Reforma Psiquiátrica
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TJRJ	Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPH	Unidade Pré Hospitalar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
METODOLOGIA	21
1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	26
1.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E O PROTAGONISMO DO MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA E DE LUTA ANTIMANICOMIAL.....	26
1.2 EXPERIÊNCIAS DE SURGIMENTO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NO BRASIL.....	45
1.3 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A ATENÇÃO EM REDE NO BRASIL.....	56
2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO DE ATAQUES E RETROCESSOS	62
2.1 ATAQUES E RETROCESSOS À POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA CONJUNTURA RECENTE NO BRASIL.....	62
2.2 ORGANIZAÇÃO POLÍTICA E RESISTÊNCIAS À REMANICOMIALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA CONJUNTURA BRASILEIRA CONTEMPORÂNEA.....	75
3 A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM DUQUE DE CAXIAS - RJ	83
3.1 AS PARTICULARIDADES DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS NA BAIXADA FLUMINENSE: ELEMENTOS HISTÓRICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS.....	84
3.1.1 Reestruturação econômica e territorial na Baixada Fluminense.....	87
3.1.2 Duque de Caxias: de “cidade-dormitório” a produtor de riquezas e desigualdades sociais pertencente à região metropolitana do Rio de Janeiro.....	91
3.2 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – RJ.....	99
3.2.1 O processo de construção da rede de atenção psicossocial em Duque de Caxias, no Rio de Janeiro.....	101
3.2.1.1 As participantes da pesquisa.....	102
3.2.1.2 Origens da Rede de Atenção Psicossocial em Duque de Caxias, RJ.....	106
3.2.1.3 O processo de expansão da Raps em Duque de Caxias: entre avanços e retrocessos.....	110
3.2.1.4 Conflitos e correlação de forças ao longo do processo de construção da Raps no município de Duque de Caxias.....	115
3.2.1.5 Sujeitos, instâncias de participação e articulações políticas no processo de construção da Rede de atenção Psicossocial em Duque de Caxias - RJ.....	119

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
REFERÊNCIAS.....	131
APÊNDICE I.....	141
APÊNDICE II.....	142

INTRODUÇÃO

Essa dissertação vincula-se à área de concentração “Sujeitos sociais e proteção social” e à linha de pesquisa “Formação e trabalho profissional nas políticas sociais”, do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, da Universidade Federal Fluminense (UFF). Sua origem está associada à graduação em Serviço Social realizada na Universidade Grande Rio, especialmente ao estágio supervisionado no Centro de Atenção Psicossocial II AD Renato Russo, no município de Duque de Caxias/Rio de Janeiro, no período de 2014 a 2016.

O Centro de Atenção Psicossocial (Caps) é expressão da reorganização da assistência em saúde mental advinda do Movimento de Reforma Psiquiátrica¹ e da instituição da Lei Federal nº 10.216, publicada em 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais. Além disso, redireciona o modelo assistencial em saúde mental, em que o acompanhamento ao transtorno dessa natureza passou a ser extra-hospitalar, de base comunitária e visando a reabilitação psicossocial e a reinserção social dos sujeitos, principalmente no seio familiar.

A Lei nº 10.216/2001 assegura a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da Política de Saúde Mental e na promoção de ações de saúde às pessoas com transtorno mental, com a devida participação da sociedade e da família. Assim, essa Lei busca garantir aos usuários dos serviços de saúde mental a universalidade de acesso e de direito à assistência, a integralidade e a valorização dos serviços mais próximos do convívio social dos usuários e familiares.

Nessa perspectiva, o Artigo 4^{o2} da Lei expressa o redimensionamento do modelo de assistência em saúde mental, colocando como prioridade a reinserção social da pessoa com transtorno mental, explicitando o fim de internações duradouras e do enclausuramento da loucura, além da valorização da relação com a família e com a comunidade.

Ademais, dessa Lei se origina a Política Nacional de Saúde Mental que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), visa garantir o cuidado com a pessoa com transtorno

¹ Segundo Maciel (2012, p. 75), a reforma psiquiátrica emergiu no intuito de questionar a instituição asilar, a prática médica e humanizar a assistência, dando ênfase à reabilitação ativa em detrimento da custódia e da segregação. Dessa maneira, os leitos de internação, nos hospitais psiquiátricos, foram gradualmente fechados, e inúmeras estratégias surgiram com a finalidade de assistir esses indivíduos reinseridos no convívio social, junto a seus familiares e em seus contextos territoriais.

² Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visa, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. ³ Embora a normatização vinculada aos Caps seja dos anos 2000, vale destacar que esse processo é posterior ao período indicado ao aparato jurídico conforme consta no texto.

mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando a lógica das internações de longa permanência, que isolam o usuário do convívio com a família e com a sociedade. Nesse contexto, é priorizada a criação de serviços de cuidado em saúde mental extra-hospitalares, em especial os Caps, com substituição gradativa dos leitos em hospitais psiquiátricos para os serviços de base comunitária.

Os Caps foram instituídos pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde³, para o tratamento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes em variados regimes de acompanhamento. Propõem atividades voltadas à reabilitação psicossocial, dentre as quais podem ser citadas: o atendimento individual, o acompanhamento medicamentoso, a psicoterapia, a realização de grupos coletivos, atividades de suporte social, oficinas terapêuticas e o atendimento às famílias, dentre outras. Nessa nova lógica, há a compreensão de que não basta tratar um único membro da família, sendo necessário cuidar de todos os familiares envolvidos com o transtorno mental.

Os Caps são considerados equipamentos de grande relevância para o acolhimento das pessoas com transtornos mentais graves e/ou com transtornos mentais decorrentes do uso prejudicial de álcool e/ou de outras drogas, em que ocorre por meio do atendimento e da busca da reinserção social e familiar. Vale lembrar que o acesso aos Caps pode acontecer por demanda espontânea, ou até mesmo por encaminhamento de uma unidade de atenção primária ou por emergência psiquiátrica.

Os Caps são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial, que é composta por serviços de saúde com a lógica de porta de entrada, e comunitário constituído por equipes que atuam sob a ótica interdisciplinar, em sua área territorial. Dessa forma, a rede de cuidado à saúde mental passa a ser centrada no Caps, porém, integrada à rede de serviços do território à qual pertence. Segundo o Ministério da Saúde (2005), a principal característica do Caps é a integração a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, que seria o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares, constituindo assim a principal estratégia da Reforma Psiquiátrica no País.

Além disso, a Portaria nº 336/2002 estabelece que os Caps possam se constituir nas seguintes modalidades de serviços: Caps I, Caps II, Caps III, Caps i e Caps ad³, definidos

³ Caps I e II Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Caps III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento, em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Caps i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma

por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental e deverão ser capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de usuários com transtornos mentais severos e persistentes em seu território, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

Nesse contexto, o parágrafo único da Portaria GM/MS nº 336, do ano de 2002, define que o atendimento intensivo é destinado aos usuários que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem de acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado àqueles que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas que não precisam estar diariamente no Caps; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor.

Desse modo, a assistência em saúde mental, no Brasil, passou a ser pensada por meio da noção de rede ampliada territorial de cuidado⁴, composta pela busca da redução progressiva dos leitos psiquiátricos em hospitais de emergência e pelo fortalecimento de todos os serviços extra-hospitalares presentes no território do usuário, tais como: Caps, Núcleos de atenção psicossocial (Naps), residências terapêuticas, consultórios de rua, serviços de tratamento psiquiátrico ambulatorial, dentre outros. Além desses serviços, compreende-se por rede ampliada à saúde mental: os hospitais gerais, a Estratégia da Saúde da Família, as unidades básicas de saúde, as instituições de defesa dos direitos dos usuários, o pronto-socorro, os centros comunitários e as associações e cooperativas.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), a rede básica de saúde é o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais (BRASIL, 2004). Essa rede se constitui pelos centros ou por unidades de saúde locais e/ou regionais, pelo Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Esses profissionais e equipes são pessoas que estão próximas e que possuem a responsabilidade pela atenção à saúde da população daquele território.

população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos. Caps ad II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e da dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 (BRASIL, 2002).

⁴ O processo de gestão do cuidado em saúde é um campo onde vários sujeitos podem atuar nas múltiplas dimensões em que ele (o cuidado) se fizer necessário. Ou seja, na perspectiva da integralidade da saúde, a família, os trabalhadores da saúde, os serviços de saúde e/ou outros setores podem ser acionados (ou deveriam), para formar uma rede de cuidados para atender necessidades específicas de cada usuário (SILVA; RODRIGUES, 2015, p. 44).

Além dessas, outras instituições e sujeitos têm sido considerados como integrantes da rede ampliada, são eles: a família, os vizinhos, o local de trabalho e as instituições de ensino, tendo em vista que o eixo organizador da rede são as pessoas, suas trajetórias, a construção de relações humanas, bem como seus desejos e sofrimentos.

Diante dessas informações preliminares e para o desenvolvimento da pesquisa, elaboramos o seguinte *problema*: Como se processou a construção da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Município de Duque de Caxias, RJ considerando as articulações políticas, os conflitos e correlações de forças?

O *pressuposto* é que o processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Município de Duque de Caxias, RJ é expressão dos conflitos e correlações de forças existentes em relação aos projetos de saúde mental em disputa, tais como: o projeto de reforma psiquiátrica pautado na luta antimanicomial, o projeto de manutenção da perspectiva manicomial tradicional e o projeto de reforma psiquiátrica simpática às mudanças de caráter meramente legislativo e assistencial (PASSOS, 2017). Diante disso, a implementação da Raps ao mesmo tempo em que tem sido lenta e gradual, denota avanços em relação a um novo modelo de saúde mental no município (PRUDÊNCIO, 2017), articulado à reforma psiquiátrica brasileira.

Nessa direção, tornou-se *objetivo geral* dessa dissertação analisar esse processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no município de Duque de Caxias/RJ, reconhecendo as articulações políticas, os conflitos e correlações de forças. Partimos do entendimento de que a implantação de uma rede que oferta serviços à saúde busca garantir a efetivação do acesso de uma forma justa, integral e universal. Assim, a Raps possibilita a expansão da concepção do cuidado e atenção integral à saúde mental ao ofertar os serviços de forma descentralizada e ampliada, uma vez que, conforme a Portaria 3.088/2011, sua organização territorial tem como base sete componentes essenciais: a atenção básica em Saúde; atenção Psicossocial Especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação Psicossocial.

Reconhecemos que a Baixada Fluminense dentro do contexto político e social, nos remete à marginalização no rol das políticas públicas. Logo, compreende-se que é fundamental o fomento de estudos sobre de que forma ocorre a organização da Política de Saúde Mental no município de Duque de Caxias, RJ, que com exceção da capital fluminense, possui o maior número de população residente (919.596 pessoas) da Região

Metropolitana I do Rio de Janeiro. Ademais, esse município, inicialmente reconhecido como “cidade-dormitório”, possui uma história marcada pelo coronelismo, sobretudo dos fazendeiros-barões da cana-de-açúcar e do café, como o embrião da violência naturalizada. No atual contexto, tem sido caracterizado como produtor de riquezas e desigualdades sociais, além de evidenciar contradições e conflitos que também se fazem presentes na configuração da Raps, levando-nos a problematizar o seu processo de construção.

Embasado nessa problematização, foram construídos os seguintes *objetivos específicos*:

- Estudar a trajetória da política de saúde mental no Brasil, reconhecendo a importância do movimento de reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial;
- Analisar o processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial no município de Duque de Caxias, RJ;
- Identificar os conflitos e correlações de forças existentes durante o processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial no município de Duque de Caxias/RJ.

Diante disso, e para *justificar* essa proposta, ressalta-se a sua relevância mediante a ausência de estudos a respeito da implantação da política de saúde mental no município em questão, considerando para tanto, elementos sociais, econômicos e culturais que o caracterizam. Além disso, os dados nacionais e aqueles relativos à delimitação espacial dessa proposta de pesquisa indicam a sua relevância científica para a política social, além de no campo político-social, as análises e interpretações construídas possibilitarem aos trabalhadores da política de saúde mental e ao movimento de luta antimanicomial, elementos para defesa da qualidade dos serviços e, mais amplamente, a defesa de uma sociedade sem manicômios.

Esses apontamentos são importantes quando se considera a Política de Saúde Mental como campo permeado por interesses contraditórios, por espaços de disputa, de luta e de correlação de forças, mas também, como norma e regulamentações, que se expressam a partir das lutas sociais, na oferta de seus serviços que, no cotidiano, são marcados por conflitos inerentes às expressões da Questão Social e concepções fundadas na lógica dos manicômios ainda presentes no interior dos novos serviços de saúde mental.

METODOLOGIA

Diante da proposta descrita e sustentados pela afirmação de que qualquer conhecimento é aproximado, provisório e construído, buscaremos apresentar a utilização dos métodos, técnicas e instrumentos operativos utilizados.

Para tanto, parte-se do entendimento de que, embora a pesquisa seja uma prática teórica, ela vincula pensamento e ação, ou seja, “[...] nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido em primeiro lugar, um problema da vida prática” (MINAYO, 2001, p. 7). As questões da investigação estão relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas e, portanto, são resultado de determinada inserção da vida real, nela encontrando suas razões e seus objetivos.

Nessa direção, Minayo (2001, p. 16) aponta que:

[...] toda investigação se inicia por uma questão, por um problema, por uma pergunta, por uma dúvida. A resposta a esse movimento do pensamento, geralmente se vincula a conhecimentos anteriores ou demanda a criação de novos referenciais.

Fundamentados na afirmativa de Minayo (2001) e no problema de pesquisa acima apresentado, recorreremos ao materialismo histórico-dialético, com o objetivo de abordar as múltiplas determinações do objeto a partir dos seguintes princípios dialéticos: historicidade, totalidade, contradição e mediação. Além disso, a pesquisa estará pautada na dimensão qualitativa, por meio de estudo de caso construído a partir de pesquisa bibliográfica, de campo e análise documental.

A opção pela dimensão qualitativa ocorre devido às suas possibilidades de compreensão aprofundada a respeito de determinado fenômeno social, especialmente no caso proposto, dos significados dos problemas sociais e humanos, ressaltando a necessidade de promover visibilidade à política de saúde mental no Brasil, especialmente à construção da Rede de Atenção Psicossocial e suas particularidades em Duque de Caxias - RJ. Dessa forma, compreende-se que a pesquisa qualitativa ocupa um lugar que reconhece as diversas possibilidades de promover o estudo dos fenômenos que envolvem os seres humanos e suas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes. Conforme Chizzotti (2003, p. 2),

o termo qualitativo implica uma partilha densa entre pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível e, após esse tirocínio, o autor interpreta e traduz um texto, zelosamente escrito, com perspicácia e competência científicas, os significados patentes ou ocultos do seu objeto de pesquisa.

Articulado à proposta de pesquisa eminentemente qualitativa, recorreremos ao estudo de caso referente ao processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial no Município de Duque de Caxias/RJ desenvolvido por meio de estudo bibliográfico, análise documental e entrevistas semiestruturadas com informantes-chave que protagonizaram a construção da Raps no município mencionado.

De acordo com Chizzotti (2014, p. 135) o estudo de caso

Envolve uma coleta sistemática de informações sobre uma pessoa particular, uma família, um evento, uma atividade ou, ainda, um conjunto de relações ou processo social para melhor conhecer como são ou como operam em um contexto real e, tendencialmente, visa auxiliar tomadas de decisão, ou justificar intervenções, ou esclarecer por que elas foram tomadas ou implementadas e quais foram os resultados.

Para o seu desenvolvimento, recorreremos ao estudo bibliográfico, enquanto fonte secundária de pesquisa e, para tanto, utilizamos como critério de seleção do material, as publicações avaliadas por comitês científicos e bancas, a fim de garantir a validade dos dados. Nesses processos, os títulos dos trabalhos foram os primeiros indicativos para identificá-los quanto ao seu conteúdo. Além disso, verificamos os resumos, os sumários e outras informações contidas na obra, para identificá-la como objeto de pesquisa e como conteúdo a ser analisado.

Assim, recorreremos a publicações do campo interdisciplinar, referentes ao tema da pesquisa, tais como: teses de doutorado, dissertações de mestrado, livros, capítulos de livros, artigos publicados em periódicos e eventos científicos. Além disso, recorreremos à análise documental, reconhecendo segundo Richardson (1999, p. 230), que ela consiste em uma série de operações que visam estudar documentos com o intuito de compreender circunstâncias sociais e econômicas. Para tanto, realizamos um levantamento dos dados nacionais e municipais recorrendo, neste último caso, a documentos que tratam de informações referentes ao município de Duque de Caxias/RJ, capazes de contribuir para aproximação de seus elementos sociais, econômicos e culturais. Além disso, optamos pelo trabalho com documentos e portarias publicados pelo Ministério da Saúde, tais como: Portaria nº 224/1992, Portaria GM nº 251/2002, Portaria GM nº 336/2002.

Ademais, para a pesquisa de campo, a proposta contida neste estudo esteve pautada nos critérios do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) envolvendo seres humanos, seguindo as recomendações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo, portanto, inscrita na Plataforma

Brasil e submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) recebendo aprovação sob o protocolo CAAE 47314621.3.0000.5243.

Seu desenvolvimento esteve pautado em entrevistas, de tipo semiestruturada (apêndice 1), com informantes-chave que protagonizaram a construção da Rede de Atenção Psicossocial no município de Duque de Caxias, RJ. Tais entrevistas foram realizadas virtualmente⁵ por meio da plataforma *Google Meet*, sendo previamente agendadas e ocorreram nessa modalidade devido à gravidade da pandemia da Covid-19 no país.

A seleção das entrevistadas baseou-se na amostragem não-probabilística *snowball* (bola-de-neve), que recorre a redes de referência ou indicações, em que é selecionado/a um/a entrevistado/a que possui as qualidades necessárias à participação na pesquisa, solicitando ao mesmo/a que indique outro/a (s) que possua a mesma qualidade.

De acordo com Bockorni e Gomes (2021, p. 106)

A amostra em snowball, ou bola de neve, é uma técnica de amostragem que vem sendo utilizada em pesquisas qualitativas, nos últimos anos, principalmente, porque permite que se alcancem populações pouco conhecidas ou de difícil acesso. Em outras palavras, a amostra do tipo bola de neve destaca-se em pesquisas que optam por amostras não probabilísticas em estudos de natureza qualitativa.

Tais sujeitos foram selecionados a partir de seu reconhecimento e indicação de profissionais, atuantes na Raps atualmente, e das próprias entrevistadas durante as entrevistas, ainda que se reconheça a possível existência de outros sujeitos que também protagonizaram o movimento de construção da Raps no município.

Vale salientar que no decorrer de todo o processo da pesquisa enfrentamos diversas dificuldades no que tange a aceitação das profissionais que atuaram na construção da Raps no município de Duque de Caxias em relação a participação da pesquisa, bem como, a localização de usuários e familiares. Apesar da indicação de outros profissionais que foram reconhecidos enquanto sujeitos de protagonismo na construção da Raps, em sua maioria, esses profissionais expuseram o não desejo na participação na pesquisa.

⁵ Seguindo as orientações para procedimentos em pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e em Ciências Sociais Aplicadas com a Resolução CNS nº 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes, de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

Dessa forma, foram realizadas 05 entrevistas no mês de setembro do ano de 2021, com o tempo de duração aproximado de 50 minutos cada e que possibilitaram ao longo de seu desenvolvimento, a construção de análises preliminares, baseadas nos objetivos da pesquisa e no materialismo histórico-dialético adotado para a construção desta proposta, a interpretação dos dados e informações coletados.

O roteiro semiestruturado das entrevistas permitiu uma organização flexível e a ampliação dos questionamentos à medida que as informações foram fornecidas pelas entrevistadas (FUJISAWA, 2000). Para esse roteiro, recorreremos as seguintes questões: Como você avalia o processo de construção da Raps no município de Duque de Caxias? Quem foram os protagonistas desse processo de construção? (Considerando usuários, movimentos sociais, profissionais, gestores e sujeitos sociais de forma geral); quais foram as articulações políticas que protagonizaram a construção da Raps no município de Duque de Caxias? Houve conflitos ao longo do processo de construção da Raps no Município de Duque de Caxias? Caso sim, quais? O que eles apontavam/defendiam?

A partir de uma relação dialógica, foi estabelecido um ambiente empático, acolhedor e aberto, o que possivelmente foi facilitado mediante a aproximação da autora e das entrevistadas com o tema da saúde mental. Assim, as entrevistas não foram apenas uma técnica, mas uma relação social, densa e complexa, havendo reciprocidade ainda que em um contexto de pandemia e distanciamento social, exigindo a sua realização por meio remoto, possibilitando a comunicação, que não é uma escolha, mas uma necessidade humana.

Todas as entrevistas foram gravadas, com a permissão das entrevistadas, e posteriormente transcritas. Tais sujeitos, ao participarem da pesquisa, autorizaram o trabalho com as informações coletadas mediante esclarecimentos e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 2), resguardando a participação voluntária e o sigilo quanto ao nome dos/as entrevistados/as, bem como, a garantia de nenhum risco de vida aos mesmos.

A fase de ordenação dos dados foi iniciada por meio da transcrição da gravação das entrevistas, seguida pela releitura do material e sua organização, colocando abaixo de cada questão, as respostas do conjunto das entrevistadas. Já a classificação desse material seguiu o critério estabelecido por Minayo (2001), vinculado à sua leitura horizontal e exaustiva que, fundamentada pelos estudos bibliográficos, proporcionou a identificação de variáveis e o alcance dos objetivos da pesquisa.

Assim, a leitura horizontal e transversal dos achados da pesquisa permitiu o reconhecimento de eixos de análise, a partir de um movimento circular, que vai do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, que busca as riquezas do particular e do geral (MINAYO, 2001, p. 358), e que foram sistematizados ao longo de três capítulos:

No primeiro capítulo recorreremos à trajetória da política de saúde mental no Brasil e à construção da rede de atenção psicossocial, sobretudo, as primeiras experiências do surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial no país, bem como, a importância e o protagonismo do movimento da reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial.

No segundo capítulo buscamos compreender a política de saúde mental, álcool e outras drogas no contexto de ataques e retrocessos na atual conjuntura. Além disso, destacamos os atuais processos organizatórios e políticos, bem como as resistências à remanicomialização da saúde mental.

Já no terceiro e último capítulo, abordamos a construção da rede de atenção psicossocial em Duque de Caxias, no Rio de Janeiro. Para tanto, recorreremos a dados e informações coletados por meio da pesquisa empírica realizada no município, que possibilitou a realização de uma análise de questões conjunturais e organizacionais que impactaram diretamente a origem da rede de atenção psicossocial, assim como os avanços e retardos em seu processo de expansão. Assim, foi possível também reconhecer sujeitos, instâncias de participação e articulações políticas no processo de construção da Rede de atenção Psicossocial em Duque de Caxias, RJ.

Por fim, ressaltamos que a dissertação é estruturada sob a afirmação de que “[...] todo conhecimento é um conhecimento situado no tempo, dentro da especificidade histórica e da especificidade das relações sociais que o permeiam e o condicionam: é o conhecimento possível” (MINAYO, 2001, p. 219). Mas ainda que provisório, tal conhecimento denota também a verdade possível, potencializada por trabalho de planejamento sistemático da proposta.

1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Na primeira parte desse capítulo abordaremos o processo de construção e implementação da política de saúde mental no Brasil, as mudanças ocorridas ao longo dos anos e que suscitaram o surgimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que foi caracterizada pela transição do modelo de cuidado em saúde mental centrado nos hospitais psiquiátricos, para o modelo com base em uma rede comunitária, por meio da criação de serviços extra-hospitalares, em especial os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que possuem como objetivo central a reinserção comunitária e familiar das pessoas com transtornos psíquicos.

Posteriormente pretende-se refletir a respeito das experiências de surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) no Brasil, considerando que mesmo antes de sua regulamentação por meio da portaria nº 224/GM de 1992 e, posteriormente da Política Nacional de Saúde Mental, Lei 10.2016 de 2001, serviços de base comunitária já funcionavam inspirados nos Centros Diários de Atenção à Saúde Mental, de experiência italiana.

Por fim, na terceira parte deste capítulo, pretende-se tratar da organização da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Brasil e como ocorre a atenção à saúde mental através de sua estruturação.

1.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E O PROTAGONISMO DO MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA E DE LUTA ANTIMANICOMIAL

A concepção de loucura ganhou vários significados ao longo da história, sendo considerada experiência social. Suas multifaces são consideradas em diversos espaços, como por exemplo, nos hospitais, por meio do saber soberano da Psiquiatria e a defesa de que o termo “doença mental” está vinculado à ausência de um estado normal, sadio ou até mesmo, tratado como desordem (AMARANTE, 2007).

No entanto, ao longo do tempo, o lugar do hospital sofre alterações. De espaço de caridade para os enfermos e miseráveis, tornou-se um ambiente que possui função de ordem social e política, para atendimento do “louco” e tratamento da loucura. Assim, a circulação

dos “loucos” não acontecia de forma livre na sociedade. Conforme Michel Foucault (1978), “a loucura sempre existiu, bem como o lugar para se tratar dos loucos: templos, domicílios e instituições, mas a instituição psiquiátrica, propriamente dita, é uma construção do século XVIII” (FOUCAULT, 1978, p.551).

Amarante (2007) acrescenta que essa transformação do hospital em instituição médica, com função de ordem social e política, foi uma das mudanças mais relevantes no campo da saúde mental, ocorrendo durante a Revolução Francesa⁶. Alteração acompanhada, neste período do século XIX, por mudanças na concepção do “louco” e da loucura, sendo considerado “louco”, o indivíduo doente, de alta periculosidade e que necessitava de tratamento, sendo necessário ter a sua circulação cerceada nos espaços públicos, ainda que o encarceramento arbitrário de todo e qualquer cidadão tivesse sido proibido. Assim, os considerados “loucos” viviam um processo de exclusão e negação social, sofrendo diversas violências.

Além da centralidade na hospitalização, há a criação dos manicômios, instituições específicas de internação que excluía aqueles que não se encaixavam nos padrões sociais impostos. Nesses espaços, as pessoas com transtornos mentais eram confinadas em um sistema asilar, sendo tratadas como indesejáveis e inválidas. Além disso, aquelas que reagiam ao tratamento, eram acorrentadas e sofriam medidas físicas brutas (duchas com banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias), que buscavam corrigir comportamentos, com recursos de imposição da ordem e da disciplina institucional. Assim, o tratamento envolvia um processo de exclusão, reclusão e asilamento e, o manicômio, constituía-se num sistema hierárquico-punitivo, configurando como um equipamento de violência institucional (BASAGLIA, 2010).

De acordo com Moraes (2021, p.54), no Brasil, a organização da assistência às pessoas em sofrimento psíquico foi constituída inicialmente a partir do modelo de tratamento de referência francesa, inspirado na perspectiva pineliana⁷, conhecida como “psiquiatria

⁶ A Revolução Francesa surge a partir do descontentamento da burguesia sobre os privilégios da aristocracia, com diretrizes do Iluminismo. Assim, ocasiona um maior poder da burguesia em relação ao proletariado e aumenta as desigualdades sociais. Havia um grande movimento para que pudesse haver um determinado comportamento, regras para convívio em sociedade. Por essa predominância burguesa, qualquer pessoa fora dos padrões, ou seja, desempregados, pessoas em situação de rua e “loucos” eram internados em instituições, objetivando realizar —limpezas nas ruas. A loucura era qualquer costume considerado errado pelos mais ricos, como por exemplo, a homossexualidade e a prostituição. Não havia uma maneira correta e científica para as internações ocorrerem até o surgimento da psiquiatria como uma ciência médica (OTTÁVIO, 2019, p.1).

⁷ Phillipe Pinel, considerado como o fundador da Psiquiatria, e que propõe uma classificação para os transtornos mentais no período ainda da Revolução Francesa. Conforme Menezes e Yasui (2013), uma das grandes contribuições de Pinel foi a de postular que a alienação mental não se caracterizava por uma perda completa da

tradicional”. No entanto, faz-se necessário considerar que o projeto da reforma psiquiátrica brasileira também teve forte influência da psiquiatria democrática italiana⁸ que tem como o seu principal idealizador Franco Basaglia⁹. Dessa forma, compreende-se que Philippe Pinel (nascido em 1745, vivendo até 1826), considerado o pai da psiquiatria por estabelecer os primeiros fundamentos da clínica psiquiátrica a partir do método clínico (REIS; MATTA, 2015), defendia que as alienações mentais estariam relacionadas a distúrbios funcionais do sistema nervoso central, podendo ou não haver lesões. Assim, para Pinel, as pessoas com transtornos mentais necessitavam de uma intervenção que tratasse de suas debilidades psíquicas, e não mais um tratamento violento e opressor, demandando uma perspectiva mais humanizada à psiquiatria, por meio da afirmação da condição do indivíduo enquanto doente. Essa perspectiva revisa as formas iniciais de tratamento centradas em medidas corretivas e de ajustamento através do modelo manicomial.

Conforme afirma Foucault (1978), no século XIX, Pinel adentra aos silenciosos e obscuros manicômios, se aproximando dos considerados “loucos”. Ressalta-se que Pinel, a partir das observações de seus usuários, irá banir terapias ocupacionais e tratamentos baseados em procedimentos invasivos e dolorosos, substituindo-os por uma abordagem digna e pautada no respeito ao usuário. Mesmo com tais avanços à época, Moraes (2021, p.55), afirma que a loucura era institucionalizada e vista como risco e periculosidade social e, aos médicos, cabia à ordenação do espaço hospitalar.

Dessa forma, entende-se que Philippe Pinel pode ser considerado um dos primeiros profissionais vinculados à psiquiatria a intervir na defesa do desvencilhamento das correntes físicas, emocionais e sociais dos usuários. Conforme Amarante (2007), o alienismo pineliano ganhou o mundo, sobretudo, em decorrência do contexto de seu surgimento: a Revolução

razão, mas sim por um erro de julgamento, aproximando, de alguma forma, o universo da alienação mental ao universo da própria razão. (MENEZES; YASUI, 2013, p.2). Alienação mental era conceituada como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva de o indivíduo perceber a realidade. Para Hegel, que analisou o livro de Pinel, a alienação não seria a perda absoluta da Razão, mas simples desordem em seu âmago. (...), o conceito de alienação mental nasce associado à ideia de periculosidade'. (...) Alienação, perda da Razão, irracionalidade, animalidade! (AMARANTE, 2007, p. 30-31).

⁸ A influência da psiquiatria democrática italiana apresentava um caráter libertário com grande valor na discussão sobre as bases e as práticas dos novos serviços brasileiros. Basaglia, com grande influência das correntes existencialistas e fenomenológicas, começou a questionar a distância do pesquisador quanto à sua própria pesquisa no campo da psiquiatria e coloca também em discussão a validade e a arbitrariedade da relação autoritário-hierárquica em que se baseia a vida asilar (RANGEL, 2008).

⁹ Franco Basaglia foi um psiquiatra italiano que promoveu uma importante reforma no sistema de saúde mental italiano. Nos anos sessenta dirigiu o hospital psiquiátrico de Gorizia, onde juntamente com outros psiquiatras começou a promover uma série de mudanças práticas e conceituais, expostas no livro "A Instituição Negada" (1968). Em 1973 o Serviço Hospitalar de Trieste, dirigido por Basaglia, foi considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como referência mundial para reformulação da assistência à saúde mental. A lei nº 180, ano de 1978 (Lei Basaglia) estabeleceu a abolição dos hospitais psiquiátricos (manicômios) na Itália e está vigente até o presente momento (AMARANTE, 1996).

Francesa. Havia em seu bojo os princípios libertários, republicanos, democráticos e igualitários. Entretanto, apesar de haver um avanço no processo de medicalização do hospital e da compreensão e introdução do tratamento terapêutico dos usuários, ainda se manteve o seu enclausuramento e isolamento do meio externo, com a finalidade de manutenção da ordem social e preventiva da sociedade acerca dos males que os “loucos” poderiam causar.

Na particularidade brasileira, verifica-se em 1830, no contexto de surto epidêmico, a criação de uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que lança uma nova palavra de ordem: aos loucos o hospício (FONTE, 2012, p. 2). Em 1852, há criação do primeiro hospício, no Rio de Janeiro, na Praia Vermelha, pelo próprio imperador D. Pedro II, recebendo o seu próprio nome – Hospício Pedro II¹⁰ e tinha por objetivo abrigar os alienados da Corte e demais províncias do Império, destacando-se em algumas abordagens sobre a história da psiquiatria clássica, pois representou a concretização do projeto de uma elite médica que tinha como objetivo o controle social das cidades (MORAES, 2021, p.56). Conforme Lemle (2016, p.13), o papel desempenhado pelas famílias e suas estratégias para garantir o acesso àquela instituição, convergiram para um novo viés analítico que tem revisto as teorias do controle social, identificando outros atores sociais fundamentais para aquele processo e, principalmente, outras demandas e expectativas que se construía acerca daquele estabelecimento.

De acordo com Moraes (2021, p.56),

As primeiras instituições psiquiátricas surgem em meio a um contexto de modernização da cidade e reordenamento do espaço urbano. Diante desse cenário, o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades passou a representar uma ameaça à ordem pública e à paz social, sendo a medicina convocada a participar desse processo de mudança na organização da cidade como instância de controle social dos indivíduos e da população.

Fonte (2012, p.3), afirma que, no Segundo Reinado (1840-1889), foram criadas outras instituições, que se denominavam exclusivas para alienados em São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Rio Grande do Sul (1884) e Ceará (1886). Neste contexto, o processo de institucionalização dos alienados no Brasil foi marcado pela

¹⁰ O primeiro hospital psiquiátrico no país foi o Hospício D. Pedro II, inaugurado em 1852. Sob a direção de religiosos da Santa Casa de Misericórdia, só veio a ser administrado por um médico-psiquiatra, Teixeira Brandão, em 1886, ano em que também se iniciou o ensino regular de Psiquiatria aos médicos generalistas. Em 1890, o Hospício foi denominado Hospital Nacional dos Alienados, passando a ser tutelado do Estado. Somente em 1903 é que foi promulgada, no governo de Rodrigues Alves, a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados (COSTA, 1989).

construção de uma opinião pública consensual quanto à necessidade e legitimidade de sua reclusão em hospícios próprios (p.4).

Em 1889, com o advento da República, há um redimensionamento da psiquiatria a partir de sua modernização, quando a loucura é gradativamente medicalizada e o tratamento psiquiátrico continua a ter como principal fundamento o isolamento do louco da vida social (FONTE, 2012, p.4). Cabe destacar, em 1890, o desvinculamento do Hospício Pedro II da Santa Casa, passando a ser denominado de Hospício Nacional de Alienados, vinculado à administração pública, estabelecida pela República como a primeira instituição de saúde pública.

Neste contexto e tendo em vista a busca da psiquiatria por uma reorganização da assistência psiquiátrica no país, são criadas as duas primeiras colônias de alienados, também conhecidas como colônias agrícolas que eram destinadas ao acolhimento e isolamento daqueles considerados alienados mentais. No Brasil, os primeiros espaços institucionais agrícolas surgem com o objetivo de solucionar a superpopulação do Hospital Nacional de Alienados (ex-Hospício Pedro II), bem como gerar novos locais destinados ao exercício do tratamento terapêutico laboral. Vale ressaltar que o alienista Juliano Moreira¹¹, Diretor da Assistência Médico-Legal aos Alienados¹² e Diretor Geral do Hospital Nacional de Alienados, foi favorável ao incremento de colônias agrícolas, propondo novos modelos na direção do discurso médico-científico alienista, até então consolidado (MORAES, 2021, p. 59).

De acordo com Venâncio (2011), a Colônia Juliano Moreira estava imersa em outra conjuntura da política assistencial psiquiátrica, marcada por dois eventos: a extinção do primeiro hospício brasileiro e a necessidade de ampliar a capacidade de atendimento assistencial pública à população em todo o país, os quais iam ao encontro do desafio de remodelar e modernizar as instituições e ações de saúde, em um contexto de centralização política, incluindo-se aí as instituições da área da psiquiatria.

Neste contexto, a cidade de Barbacena, em Minas Gerais, ficou conhecida, em 1903, como “cidade dos loucos”, por conta da inauguração de sete manicômios. O município foi escolhido para abrigar este tipo de tratamento principalmente por conta do clima ameno,

¹¹ Psiquiatra baiano que dirigiu a Assistência Médico-Legal por 27 anos, sendo destituído do cargo pelo Governo Provisório de Getúlio Vargas. Conforme Moraes (2021, p. 59), por sua trajetória profissional, Juliano Moreira ficou conhecido como o Mestre da Psiquiatria brasileira, trazendo para o país a escola psiquiátrica alemã, que assume o lugar ocupado pela até então escola francesa. (MORAES, 2021).

¹² Assistência Médico-Legal aos Alienados, sendo a primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República (AMARANTE, 1994).

sendo uma dessas instituições o Hospital Colônia, reconhecido como Holocausto Brasileiro, visto que ficou marcado por sua história desumana no uso de métodos de tratamento de tortura e mortes de usuários. Assim como retrata Arbex (2013), o hospital, que abrigava indivíduos que não necessariamente precisavam de tratamento psiquiátrico, mas que eram institucionalizados pela sociedade elitista brasileira por serem classificados fora dos padrões impostos, foi responsável pela morte de mais de 60 mil pessoas.

Assim, até 1920, assiste-se ao desenvolvimento da psiquiatria com expressiva ampliação do espaço asilar. Neste período, é criada, na cidade do Rio de Janeiro, a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro (1911), destinada a mulheres indigentes e, são iniciadas as obras da Colônia de Alienados de Jacarepaguá que passa a ser chamar Colônia Juliano Moreira, em 1935 (MORAES, 2021).

Mansanera e Silva (2000, p.8) tratam da criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) como uma das mais representativas criações do corpo profissional higiênico em torno da ideologia que foi fundada por Gustavo Riedel, em 1923, no Rio de Janeiro e teve como objetivo a elaboração de programas de higiene mental baseados na noção de prevenção eugênica. De 1923 a 1925, a Liga seguiu a orientação de Riedel. A partir de 1926, influenciados pelo contexto político e por ideias alemãs, francesas e norte-americanas, os diretores da Liga mudaram sua orientação. Para Costa (2007), o objetivo inicial da instituição era o de melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos (p.45). Entretanto, a partir de 1926, a LBHM se distancia de um dos seus objetivos iniciais, que era a melhora da assistência aos doentes mentais, e se aproxima de ações visando a prevenção, a eugenia e a educação junto aos indivíduos considerados “anormais”.

De acordo com Moraes (2021, p. 60), no ano de 1927, foi criado o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal (Rio de Janeiro, capital do Brasil até 1960), encarregado de coordenar os seus estabelecimentos psiquiátricos. No entanto, esta instituição foi incorporada ao Ministério da Educação e Saúde em 1930. Trata-se de um período marcado pelo governo de Getúlio Vargas, com a reforma no modelo de proteção social e com a saúde pública dividida entre as áreas preventivas e curativas. Portanto, ainda dentro dessa lógica de mudanças, entende-se que, em meados da década de 1940, o Hospício Nacional de Alienados, encontrava-se superlotado e decadente, tendo seus internos gradualmente transferidos da Praia Vermelha para o Engenho de Dentro, que contava com novas instalações, ampliação de vagas e os modernos centros cirúrgicos para as

“promissoras labotomias” (AMARANTE, 1994). Assim, inicia uma maior reflexão sobre as condições postas e as transformações necessárias dentro desse contexto.

No campo jurídico-legal, identifica-se neste período o Decreto n. 24.559 de 03 de julho de 1934, que dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências; o Decreto n. 17.185 de 1944, que aprova o regimento do serviço nacional de doenças mentais, do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde. Além do Decreto/Lei 8.550/1946, que autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional. Essa incorporação tardia da assistência psiquiátrica ao conjunto das práticas de saúde ocorre, pois, a psiquiatria ainda não gozava do *status* científico das outras especialidades médicas, em virtude da ineficácia de seus tratamentos e da situação deplorável de seus hospitais (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

As décadas de 1940 e 1950 se caracterizam pela expansão de hospitais públicos em vários estados brasileiros, cujo crescimento foi propiciado pela aprovação do decreto-lei 8.555, de 3 de janeiro de 1946, que autorizava o SNDM a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos. O Código Brasileiro de Saúde, publicado em 1945, condenava as denominações “asilo”, “retiro” ou “recolhimento”, reconhecendo a categoria “hospital”, se afirmando o espaço de atuação do hospital psiquiátrico. Naquela época a psiquiatria buscava se estabelecer como especialidade médica e os instrumentos mais avançados da psiquiatria biológica foram introduzidos no país, como o choque cardiazólico, a psicocirurgia, a insulino-terapia e a eletroconvulsoterapia (SAMPAIO, 1988; AMARANTE, 1998^a, apud, FONTE, 2012, p.6).

A década de 1960 foi marcada pelo Regime Militar no Brasil, que interrompeu o início das discussões sobre um novo modelo de assistência à saúde. Neste período, a doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria (AMARANTE, 1994, p.79). De acordo com Jorge, Carvalho e Silva (2014), a generalização das privatizações pela compra de serviços particulares com o dinheiro público valorizou a produção quantitativa de procedimentos do setor privado, favorecendo a empresa médico-industrial, que resultou na medicalização em massa da sociedade. Assim, a expansão de ofertas de leitos privados reforçou o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico. Segundo Resende (1987), a partir do golpe militar de 1964, a psiquiatria passa a adquirir o status de prática assistencial de massa.

Nesse contexto, em 1966, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) demarca o processo de unificação dos institutos previdenciários, desencadeando a extensão de assistência médica à população e, ao mesmo tempo, a precariedade de hospitais da rede pública.

Os hospitais psiquiátricos particulares ampliaram-se para estabelecer convênios com a Previdência Social, tornando assim os hospitais públicos cada vez menos significativos em termos de atendimento. Algum tempo depois, praticamente todos os hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, estavam conveniados. (...) Foi nesse processo que tanto o campo da saúde geral como o da assistência psiquiátrica caminharam para o amplo movimento de privatização, refletindo a estratégia de hegemonia das classes dominantes que ditou as normas sociais após 1964 (PAULIN e TURATO, 2004, p.8).

Até a década de 1970, o tratamento da pessoa com transtorno mental foi realizado através da psiquiatria clássica, que isolava o indivíduo patológico do convívio comunitário, expondo-o a tratamentos arcaicos, violentos, voltados para a patologia e não para o sujeito. Nesse período, a sociedade civil começava a se mobilizar contra o asilamento, a mercantilização do sofrimento mental, o modelo curativo e o enclausuramento da loucura.

Segundo Machado (1997),

A atenção psiquiátrica no Brasil se encontrava caótica, mais de sete mil doentes internados sem cama e hospitais psiquiátricos sem especialidade. Chegava a sete meses o tempo médio de permanência de casos agudos em hospitais. O índice de mortalidade de doentes crônicos era seis vezes maior que nos hospitais para doenças crônicas especializadas (apud VASCONCELOS, 1997, p. 36).

O modelo psiquiátrico clássico passava por um processo de questionamento e deslegitimação relativa à sua eficácia. Nesse contexto, foi criado, no ano de 1968, no então estado da Guanabara, a Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos, que por meio de estudos e documentos, propunha mudanças na assistência psiquiátrica brasileira.

(...) A comissão formada por profissionais, entre eles Luiz Cerqueira, fez uma minuciosa análise sobre as condições da assistência psiquiátrica, visando a racionalização e a melhoria da qualidade dos serviços. O relatório do grupo de trabalho, aprovado em 1970 e publicado no ano seguinte, apresentou um retrato fiel da situação em que se encontrava a assistência psiquiátrica local, com o setor ambulatorial totalmente deturpado, funcionando principalmente como encaminhador de laudos para internação, e o hospital se consagrando como o grande e único agente terapêutico eficaz. Além do levantamento, a comissão indicou propostas de melhoria da assistência, lançando mão de pressupostos básicos da psiquiatria comunitária norte-americana. O trabalho desenvolvido pela CPAP-GB repercutiu intensamente, de tal forma que, em 1971, praticamente a mesma comissão foi convidada pela Secretaria de Assistência Médica do INPS para estudar, em âmbito nacional, as bases de uma reformulação da assistência psiquiátrica. Estavam lançadas as raízes do que viria, dois anos depois, consagrar os princípios da psiquiatria comunitária no Brasil: o Manual de serviço para a assistência (PAULIN e TURATO, 2004, p.250).

Além disso, Yasui (2006, p. 30) destaca outros documentos nacionais e internacionais que apresentavam semelhanças com as propostas da Reforma Psiquiátrica que se iniciaria posteriormente, a saber: crítica ao modelo hospitalocêntrico, participação da

comunidade nos serviços, revisão da legislação psiquiátrica, criação e diversificação de novos serviços e ampliação da rede extra-hospitalar. Entretanto, com uma diferença significativa: eles integravam um esforço internacional de implantar uma medicina de caráter preventivo, que na psiquiatria irá se concretizar mais claramente com o projeto norte americano da psiquiatria preventiva.

Além disso, o contexto político-social também era marcado, especialmente a partir dos anos 1970, pelo crescimento da insatisfação popular com o regime militar autocrático, surgindo inúmeros movimentos sociais de oposição à ditadura militar. Dentre estes movimentos sociais, estava o denominado Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), que passava a questionar as políticas vigentes da assistência psiquiátrica da época (VASCONCELOS, 2008a). Segundo esse autor, os principais objetivos do MTSM neste momento foram: denunciar a violência praticada nos hospitais psiquiátricos públicos e privados; criar mobilização por atendimento mais humanizado nestes serviços; denunciar a indústria da loucura nos hospitais conveniados ao então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); denunciar e reivindicar melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos e a expansão do tratamento ambulatorial em saúde mental. Cabe destacar que o movimento da Reforma Psiquiátrica acontece no bojo da Reforma Sanitária e no debate da agenda reformista do setor da saúde.

Entre fins dos anos 1970 e início dos anos 1980 houve o enfraquecimento da ditadura militar e avanço da crise econômica no país, palco favorável para grandes mobilizações populares, incluindo aquelas que questionavam as condições de trabalho e saúde. Como ressalta Luz (1991), é importante lembrar que nesse período os movimentos sociais estavam em efervescência e eram responsáveis por expressar consciência do papel da saúde e do dever do Estado nesse processo.

Dessa forma, entende-se que o movimento da Reforma Psiquiátrica (MRP), no Brasil, sob a influência ídeo-política da Reforma Psiquiátrica Italiana, traz em seu bojo as reformas setoriais pelas lutas por direitos, e sabe-se que esse processo ocorreu em um contexto histórico peculiar e importante no que diz respeito à história política do país. A RP visou reformular o modelo de atenção em saúde mental e a busca da construção de um novo imaginário social em torno da loucura focado em construir uma perspectiva distinta da até então vigente, na qual o “louco” era visto como um sujeito alienado e perigoso, sendo incapaz de viver em sociedade. Ainda, a RP caracterizou-se como um conjunto de ações

coletivas e intersetoriais, marcadas pela influência de profissionais de saúde mental, bem como a participação dos usuários e familiares das pessoas com transtornos mentais.

Segundo Amarante e Nunes (2018, p.2),

Os primeiros movimentos relacionados à assistência psiquiátrica brasileira surgiram nos anos 1970 quando profissionais recém-formados encontraram um cenário de descaso e violência. É neste cenário de redemocratização e luta contra a ditadura, relacionando a luta específica de direitos humanos para as vítimas da violência psiquiátrica com a violência do estado autocrático, que se constituiu o ator social mais importante no processo de reforma psiquiátrica (RP).

Nestas condições, inicia-se no Brasil uma série de mobilizações a favor dos direitos das pessoas com transtorno mental, sendo influenciadas pelos movimentos reformistas ocorridos na Europa e nos Estados Unidos, onde as concepções acerca da loucura também passaram por uma série de questionamentos. Ainda segundo Amarante e Nunes (2018, p.2), a RP é marcada, no primeiro momento, pela “[...] constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), primeiro sujeito coletivo com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica”. Esse movimento adveio de encontros, reuniões de trabalhadores de saúde e associações de classe.

Sendo assim, as primeiras manifestações no setor da saúde, surgiram em 1976, através do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do movimento de Renovação Médica (REME), pois eram espaços de produção de conhecimento e pensamento crítico na área. Sabe-se que a partir da década de 1970, o movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) desenvolveu o pensamento crítico em relação à institucionalização da loucura (AMARANTE; NUNES, 2018, p.5).

A este respeito, é possível destacar, de acordo com o relatório da Comissão de Saúde Mental do Cebes, apresentado no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979, que 96% de todos os recursos gastos na assistência psiquiátrica eram destinados ao pagamento de diárias hospitalares nos mais de 80 mil leitos existentes no país, em 1977. Observava ainda que de 1973 a 1976 as internações psiquiátricas aumentaram 344%¹³ concluindo que deveriam ser feitas sérias mudanças no sistema de saúde brasileiro, avançando para além de reformas administrativas ou financeiras.

Já em 1978, quando o MTSM foi constituído, existiram várias atividades importantes para seu reconhecimento, com destaque para o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú (SC), praticamente ocupado pelos participantes do movimento e para o I Simpósio Sobre Políticas, Grupos e Instituições (AMARANTE; NUNES, 2018, p.2).

¹³ Informações obtidas pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Comissão de Saúde Mental. Assistência Psiquiátrica no Brasil: setores público e privado. Saúde em Debate 1980; 10:49-55.

De fato, o ano de 1978 marca o início efetivo do movimento social pelos direitos das pessoas com transtorno mental, no Brasil.

No ano seguinte, 1979, o MTSM organizou o I Congresso de Saúde Mental em São Paulo, demonstrando vigor e iniciativa, mesmo sem qualquer apoio financeiro. Ainda neste ano, a aproximação com a recém-criada Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) significaria mais uma estratégia de ampliação da articulação do movimento com o campo mais geral da saúde (AMARANTE; NUNES, 2018, p.3).

De acordo com Amarante (1995), o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) tem como estopim o episódio que ficou conhecido como a Crise da Dinsam, em 1978. A Dinsam (Divisão Nacional de Saúde Mental) era o órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde, do subsetor saúde mental. No entanto, nesse mesmo ano, três médicos bolsistas fizeram reclamações, no livro de ocorrências do pronto-socorro do Hospital Gustavo Riedel, do Centro Psiquiátrico Pedro II, sobre as condições de trabalho e atendimento à população a que eram submetidos. O movimento grevista logo recebeu apoio do Cebes. De acordo com Moraes (2021, p.65),

No campo jurídico-político, também se inicia um processo de mudanças legislativas, no final da década de 80 e início dos anos 1990. Surgem inúmeros projetos de lei municipais e estaduais que visavam à regulamentação dos direitos dos usuários da saúde mental. Ainda nos anos 80, o Ministério da saúde redigiu o documento, Diretrizes para a área de Saúde Mental (DINSAM/MS, 1980), que tinha como diretriz a substituição do modelo assistencial até então vigente, por um mais abrangente.

Neste contexto, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), impulsionou o processo de reflexão acerca da questão epistemológica do cenário psiquiátrico. Entre os anos de 1978 e 1987, as obras realizadas foram em prol do fortalecimento do campo da saúde mental, assim como na luta pela transformação do sistema de saúde. Esse Movimento também foi o responsável por assumir o papel nas denúncias e acusações contra o governo que estava em vigência e sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui práticas de tortura, fraudes e corrupção.

O MTSM reivindicava questões como: o aumento salarial, redução de consultas por turno de trabalho, a não privatização acelerada dos leitos e o não uso do eletrochoque, bem como melhores condições de assistência à população e humanização dos serviços. Compreende-se que foi a partir deste movimento que, em 1978, deu-se início a uma greve que obteve importante repercussão na imprensa, caracterizando o começo do Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil. Tal criação foi decisiva para a constituição do Dia Nacional

da Luta Antimanicomial, comemorado no dia 18 de maio (AMARANTE e NUNES, 2018, p. 4).

Amarante e Diaz (2012), ao analisarem a emergência dos movimentos sociais, destacam que eles são frutos do esforço de uma parte da sociedade, com o intuito de superar as mazelas sociais, a partir de uma linguagem política que representa os seus interesses. Desta forma, esses grupos entrelaçam as suas vivências no cotidiano com as pautas políticas, que por sua vez, expressam as questões conflituosas que fazem parte de suas lutas. Ainda de acordo com os autores supracitados, os movimentos sociais, na RP, surgiram como uma alternativa de participação, já que se configuram enquanto espaços democráticos de negociação, que tem por objetivo colocar em pauta os interesses de grupos excluídos, além de proporcionar visibilidade para as demandas sociais.

Segundo Amarante e Nunes (2018), além da expressiva participação do MNLA nas conferências, audiências públicas e outros, ele passou a participar da Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde¹⁴. Importante ressaltar que a concepção de intersectorialidade aí utilizada estava restrita aos segmentos do campo da saúde mental (especialmente familiares e usuários). As reuniões da Comissão eram convocadas de forma irregular e os representantes do MLA criticavam a falta de poder decisório da comissão.

O movimento da Reforma Psiquiátrica propôs mudanças políticas, jurídicas, sociais e institucionais, que seriam discutidas em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde e que resultou na proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), contando com a participação de diferentes atores sociais, implicando na transformação dos serviços de saúde e consagrando as lutas do Movimento da Reforma sanitária¹⁵. O conjunto dessas forças pressionou a Assembleia Constituinte, que se instalou em 1987, para garantir a saúde como um direito de cidadania e não mais como um direito trabalhista (LUZ, 2009). Segundo Cabral e Darosci (2019, p.11), observa-se que a inscrição da saúde como direito de todo cidadão na Constituição Federal de 1988, a mudança no conceito de saúde e a luta antimanicomial, implicaram no projeto de lei n. 3.657/1989, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios. Tal projeto tramitou onze anos e com intensa mobilização social para que não sofresse emendas que permitissem a reprodução do modelo clássico. Um exemplo da luta antimanicomial foi a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, um hospício privado que

¹⁴ A CISM foi instituída em 1999 para acompanhar a implementação do Modelo de Atenção em Atenção em Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

¹⁵ O Movimento lutava contra a conjuntura ditatorial, defendendo a cidadania e a saúde como dimensão da democracia, o fortalecimento do setor público, a universalidade das ações, a descentralização, e a participação com controle social (BRAVO; MATOS; 2004).

possuía mais de 500 pessoas internadas, localizado na cidade de São Paulo, por ser local de maus-tratos e mortes de usuários.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica tem seus ideais expressos na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, que foi um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde. Os temas discutidos neste evento foram: Economia, Sociedade e Estado - impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação da pessoa com transtorno mental (BRASIL, 1988). Segundo informações que constam no documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas ou segundo Ministério da Saúde (2005),

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios de imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo de Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p.6).

Assim, o relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), tornou-se a diretriz oficial para a reestruturação da saúde mental, propondo a implementação de um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partiriam de uma visão integrada das dimensões da vida do indivíduo, nos diferentes espaços de intervenção e que romperiam o modelo hospitalocêntrico. Conforme Reboli e Kruger (2013, p.6), o plenário propôs a municipalização da assistência em saúde, a implementação dos Conselhos de Saúde paritários, o reconhecimento dos recursos informais (família, comunidade) e a capacitação dos profissionais. Recomendou, sobretudo, a adoção do conceito de território, investigações epidemiológicas e socioantropológicas, com vista a possibilitar modelos que respeitem as realidades locais.

Em 1987, ocorreu também o II Congresso Nacional de Trabalhadores, na cidade de Bauru¹⁶, que contou com a presença de 350 trabalhadores da saúde mental. Vale ressaltar que, nesse congresso, surge o dia Nacional do Movimento de Luta Antimanicomial que se articula a partir do lema “Por uma sociedade sem manicômios”, que buscava romper com o

¹⁶ A cidade de Bauru foi escolhida pelo fato de estar sob uma administração progressista, inclusive com expressivas lideranças do Partido dos Trabalhadores à frente da Secretaria Municipal de Saúde, o que facilitava, política e administrativamente, a realização do evento (AMARANTE, 1995, p.80-81).

aprisionamento da loucura e com a exclusão familiar e da comunidade. Nesse cenário, o movimento se articula ao movimento sanitarista sob a perspectiva de desmercantilização da saúde no país e em sua constituição como direito social universal.

A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica concebida no contexto da Reforma Sanitária e no debate da Reforma do Estado Brasileiro, há uma reversão da centralidade do hospital no tratamento da loucura para a concepção de sujeitos de direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Portanto, o movimento de reforma psiquiátrica reafirma que a construção de uma sociedade democrática passa pela constituição de sujeitos livres e iguais perante a lei, ou seja, a desinstitucionalização significa o resgate da cidadania e da possibilidade de vivência democrática para os usuários com transtornos mentais, através do seu protagonismo no tratamento e na convivência com a comunidade. Cabe mencionar que esse Congresso também produziu e aprovou em sua plenária um importante documento: o Manifesto de Bauru¹⁷ (SILVA, 2003).

Desta forma, compreende-se que o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem apresentado vários caminhos e tendências, com avanços e retrocessos na luta pela transformação da relação que a sociedade estabeleceu com o “louco”, a loucura e com suas instituições (AMARANTE, 2007). Assim, entende-se que esse processo foi iniciado, como dito anteriormente, com a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e articulado com outros movimentos sociais que reivindicavam a redemocratização do país, na década de 1970, e propondo ações importantes para o campo da saúde mental. Importante salientar que a inserção do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal Brasileira de 1988, em consonância com a expansão da Reforma Psiquiátrica, deu origem à construção de propostas que orientaram, naquele cenário, a construção da Política de Saúde Mental no Brasil.

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, de acordo com Amarante (1995), foi marcado por inúmeros acontecimentos e inovações, servindo de alicerce para a construção de novas perspectivas. Desta forma, os movimentos sociais tiveram papel fundamental na elaboração de políticas sociais efetivas, incluindo a política pública de saúde mental.

¹⁷ Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizada, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! – Trechos da carta do Manifesto de Bauru, dezembro de 1987 - II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental.

No âmbito das conferências, é mister destacar que o MNLA sempre teve papel de destaque nas edições municipais, estaduais e nacionais de saúde mental. O campo da saúde mental passa a praticar uma radicalidade da proposta de participação social, muito além do formalmente previsto na legislação do SUS, acerca da participação dos usuários pela Lei 8.080/90 (AMARANTE; NUNES, 2018, p.3).

Nesse contexto, a construção da Política de Saúde Mental no Brasil abarca uma lógica pautada na humanização da atenção à saúde, marcada por uma perspectiva universal, integral, descentralizada e por meio de uma gestão democrática, considerando que no seio da Constituição Federal de 1988, nasce o SUS, marcado pela defesa do acesso à saúde pública, livre de qualquer tipo de discriminação ou preconceito. Além disso, essa garantia foi a primeira resposta do movimento da Reforma Sanitária, expressa constitucionalmente e conceituada em seu art. 196, onde sinaliza que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, e definindo a universalidade do SUS.

O SUS constitui um marco na conquista de direitos e vitória do movimento sanitário, que definiu diretrizes e normas de garantia à saúde de modo universal e gratuito à população brasileira, a partir da desvinculação da Previdência Social e constituindo-se enquanto dever do Estado. Cabe destacar que o SUS possui como princípios: (i) doutrinários: a universalização, equidade e integralidade; e (ii) organizativos: regionalização e hierarquização, descentralização e participação popular.

Dessa forma, a criação do SUS respalda a Reforma Psiquiátrica, uma vez que a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental, usuários e familiares passaram a integrar o cenário de mobilizações no campo da saúde mental. Isto ocorre de acordo com o princípio organizativo da participação popular, tendo como um dos desdobramentos o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, n. 3.657/1989, que inspirado nas reivindicações do movimento de Reforma Psiquiátrica, sinaliza a não abertura de novos leitos psiquiátricos e a substituição por um modelo descentralizado, de base comunitária. Propõe, desta forma, a perda de centralidade das internações no tratamento (AMARANTE, 1994). É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo (BRASIL, 2005, p.7).

Nesse mesmo ano foi criado o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos, inspirado na experiência Trieste (Itália), que funcionava 24 horas por dia, nos sete dias da semana, ao mesmo tempo que era fechada a clínica de Anchieta, o único hospital psiquiátrico da cidade. Na cidade de São Paulo foi aberto o primeiro serviço chamado de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e que, posteriormente, foi difundido por todo o Brasil (MACHADO apud VASCONCELOS, 1997, p.39).

Além disso, em 1990, o Brasil assina a Declaração de Caracas, que marcou um consenso e uma posição clara das “principais lideranças da psiquiatria dos países latinoamericanos em torno dos ideais da reforma psiquiátrica”. (VASCONCELOS, 2008b, p.35). Em 1992 há a aprovação em diversos estados brasileiros das primeiras leis determinantes para a comutação progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

De acordo com Amarante (1995, p.493),

De 1991 até abril de 1995, os leitos psiquiátricos caíram da casa de 86 mil para 72 mil. Portanto, uma redução de 14 mil leitos, considerando que 30 hospitais privados tiveram suas atividades encerradas. No mesmo período, foram criados 2.065 leitos psiquiátricos em hospitais gerais e mais de 100 núcleos e centros de atenção psicossocial.

Ainda em 1992 é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, a partir da qual entram em vigor as primeiras normas federais que regulam e implementam os serviços de atenção diária em saúde mental, se fundamentando “nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos” (BRASIL, 2005, p.8). De acordo com Pitta (2011), esta conferência foi responsável por orientar a reestruturação de atenção em saúde mental mediante as coordenações de seguimento no âmbito federal. A título de exemplificação, neste mesmo ano, a portaria GM 224/92 cria oficialmente os NAPS/CAPS, regulamentando a operacionalização de todos os serviços de saúde mental em consonância com as diretrizes de descentralização e hierarquização das Leis Orgânicas do SUS.

Assim, a Política Nacional de Saúde Mental estabeleceu diretrizes e estratégias a fim de organizar o modelo de assistência em saúde mental aberto a pessoas com transtorno mental, seus familiares e todos os atores envolvidos do território, fortalecendo as bases comunitárias e garantindo a livre circulação de pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade. Desta forma, foi formulada a partir de uma rede de diversos dispositivos que compõem a organização e implementação em Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do modelo assistencial (CARDOSO et al, 2014).

Certamente torna-se evidente para parte do governo e da sociedade a desconstrução do modelo assistencial em saúde mental em vigor naquele período. Portanto entende-se a necessidade da busca por criação de serviços substitutivos para o alcance de estratégias da ressocialização da pessoa com transtorno mental e, conseqüentemente, o resgate de seus

direitos enquanto sujeitos ativos desse processo. Desse modo, conforme Moraes (2021, p.67), o lugar do transtorno mental deixa de ser uma preocupação somente dos profissionais da saúde mental, passando a alcançar o espaço das cidades, das instituições e a vida dos cidadãos.

Já no ano 2000, é criada a Portaria/GM nº 106 que instaura os Serviços Residenciais Terapêuticos definidos como moradias ou casas entrepostas, preferencialmente na comunidade, direcionadas a cuidar das pessoas com transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, sem suporte social e laços familiares, viabilizando a inserção social deles.

Nesse contexto, ocorre a convocação da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), operando como um dispositivo fundamental de controle social que apresentou um relatório conclusivo em defesa das propostas da Reforma Psiquiátrica. Sendo assim, a III CNSM, realizada no ano de 2001, apresentou avanços na reorientação do modelo assistencial em saúde mental, reforçando o seguinte tema também tratado pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “Cuidar sim, excluir não”. O relatório também apontou que o processo da Reforma Psiquiátrica não se faz apenas por meio de leis e propostas, mas por sua efetivação no cotidiano dos espaços institucionais, das práticas profissionais e das relações familiares e comunitárias.

Neste mesmo ano, o projeto de Lei Paulo Delgado (Lei 10.216) é sancionado, com algumas alterações em relação ao projeto de lei original, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo de assistência em saúde, impulsionando a construção de um tratamento mais humanizado, privilegiando serviços de base comunitária e rompendo com o foco da hospitalização enquanto única possibilidade de tratamento. Em seu artigo 4º expressa o redimensionamento do modelo de assistência em saúde mental, colocando como prioridade a reinserção social do deficiente mental no meio social a qual pertence, explicitando o fim das internações eternas e do enclausuramento da loucura.

Ao analisar esta Lei a partir de sua promulgação, é possível observar que sua organização é estruturada a partir dos princípios do SUS: “universalidade, acessibilidade, controle social, participação social, integralidade, entre outros, seguindo as diretrizes da descentralização político-administrativa” (COSTA, 2016, p.109). Dessa forma, a referida Lei prioriza a criação de serviços de cuidado em saúde mental extra-hospitalares, em

especial os Centros de Atenção Psicossocial¹⁸ (Caps), que são serviços regulamentados pela Portaria GM 336/02, do Ministério da Saúde, com a finalidade de substituição gradativa dos leitos em hospitais psiquiátricos pelos serviços de base comunitária. Além disso, a lei prevê o processo de desinstitucionalização dos usuários que, por um período longo, estiveram internados, e a socialização e reinserção social deles na própria família. Prevê também a operacionalização dos Caps através de serviços ambulatoriais especializados, articulando-se aos demais serviços do sistema e na lógica do território, integrando-se à finalidade de construção de planos terapêuticos singulares, e integrando a saúde mental à atenção básica.

Essa lei contribui para a construção da Política de Saúde Mental com dotação orçamentária específica para os serviços abertos e substitutivos de saúde mental, além de novos dispositivos para fiscalização, gestão e redução programada dos leitos psiquiátricos no país. Criam-se programas federais voltados para a desinstitucionalização de usuários psiquiátricos de longa permanência, como o Programa “De volta para casa”. Atualizam-se as políticas voltadas para a questão do álcool e outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Em 2002 a portaria/GM nº 251 determina diretrizes e normas para assistência hospitalar psiquiátrica e define a estrutura do acesso às internações psiquiátricas na rede do SUS, estabelecendo em seu artigo 2º a “classificação para os hospitais psiquiátricos integrantes da rede do SUS, apurada pelos indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH (Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria) e o número de leitos do hospital, constante do atual cadastro do Ministério da Saúde”.

Diante deste conjunto de elementos relativos à reforma psiquiátrica brasileira, Amarante (1999, p. 50), ao reconhecê-la como um processo social complexo, destaca que ela se constituiu a partir do entrelaçamento de quatro dimensões essenciais:

1. Dimensão teórico-conceitual ou epistemológica, que aborda a desconstrução e a reconstrução do entendimento sobre o transtorno mental e sobre quais bases

¹⁸ Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta os CAPS. CAPS I: serviço de atenção psicossocial para adultos com capacidade para atendimento em territórios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. CAPS II: serviço de atenção psicossocial para adultos com capacidade para atendimento em territórios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. CAPS III: serviço de atenção psicossocial com capacidade para atendimento em territórios com população acima de 200.000 habitantes. Estes serviços funcionam diariamente, inclusive aos finais de semana, durante 24 horas. CAPSi II: serviço de atenção psicossocial para crianças e adolescentes com capacidade para atendimento em territórios com população acima de 200.000 habitantes. CAPS AD II: serviço de atenção psicossocial para transtornos decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas com capacidade para atendimento em territórios com população acima de 70.000 habitantes.

teóricas e conceituais este campo definiu seus objetos de conhecimento e, por conseguinte, suas ferramentas para conhecer e compreender a realidade;

2. Dimensão técnico-assistencial, que se refere à construção de uma rede de novos serviços, como por exemplo, espaços de sociabilidade e trocas entre os usuários. Em outras palavras, trata-se de construir possibilidades materiais para os sujeitos;
3. Dimensão jurídico-política, que se ocupa da revisão necessária das legislações (sanitária, civil e penal);
4. Dimensão sociocultural que busca uma transformação no imaginário social relacionado ao transtorno mental. Refere-se ao conjunto de práticas sociais que constroem a solidariedade, a inclusão dos sujeitos em desvantagem social, dos diferentes, e assim por diante.

Conforme Amarante (1999, p. 63), essas dimensões “ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões”. Nogueira (2015, p.24), ao tratar das dimensões abordadas por Amarante (1999), acrescenta:

O primeiro campo, teórico-conceitual, trata de uma revisão nas formas de lidar com os transtornos mentais e a loucura no âmbito das ciências, por exemplo na conceituação de saúde e doença mental, sofrimento psíquico, terapêuticas, etc. O campo técnico-assistencial abrange a necessidade de construção de uma nova rede de dispositivos substitutivos do modelo terapêutico tradicional baseada nas propostas teórico-conceituais. O campo jurídico-político trata da revisão e reelaboração dos conceitos legislativos e políticos, comprometendo-se com sua respectiva transposição em prática e, por fim, o campo sociocultural diz respeito à transformação do imaginário social com relação à loucura e à pessoa com transtorno mental, visando sua inclusão social.

Neste sentido, para Yasui (2010), a primeira dimensão aborda que a reforma psiquiátrica deve ser entendida como uma luta política voltada para a transformação social, ou seja, enfatiza o quanto a transformação do lugar social do “louco” não se restringe a alterações legislativas e suas expressões nos arranjos organizacionais dos serviços, mas é fruto de tensões e conflitos que envolvem diversos atores na relação entre Estado e Sociedade. Isto porque a RP surge no final dos anos 1970, no interior do processo mais amplo da reforma sanitária e dos movimentos sociais ligados contra a ditadura. A dimensão epistemológica ressalta que a RP implica em uma ruptura com o olhar psiquiátrico, tendo assim, uma crise com a racionalidade científica e com a busca da humanização dos métodos de tratamentos. A dimensão técnico-assistencial propõe uma nova organização dos serviços.

Nesse ponto, o autor defende a ideia de que o CAPS é “o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental” (p.115), sendo mais do que um serviço, mas implica a tessitura de uma rede. A última dimensão é a sociocultural, que concerne à percepção social do “louco” e às representações construídas socialmente em torno da loucura.

De acordo com Moraes (2021, p.72), a dimensão sociocultural

[...] é uma dimensão estratégica e uma das mais criativas. Possibilita o envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica, permitindo reflexões sobre o tema da loucura a partir da produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos (usuários, familiares, técnicos, voluntários, entre outros). Essa dimensão foi concretizada através de inúmeras estratégias, como por exemplo: a instituição do Dia Nacional da Luta Antimanicomial (18 de maio), neste dia e mesmo nos dias próximos à data, são realizadas atividades culturais, políticas, acadêmicas, esportivas, em todo o país; a criação de blocos carnavalescos; a criação de projetos de economia solidária; a criação de projetos culturais e esportivos, entre outras estratégias.

Essas quatro dimensões compõem o campo da saúde mental e classificam as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Além disso, no ano de 2005 o movimento da reforma psiquiátrica brasileira consolida-se como política oficial do governo federal (BRASIL, 2005). Contraditoriamente, o Brasil continua em um processo de transição, "onde o modelo antigo não domina, mas o novo ainda não predomina" (DELGADO, 2011, p.4702). Contudo, para melhor compreender a proposta de RP brasileira e, posteriormente, os ataques a ela, abordaremos nas próximas seções deste capítulo as experiências de surgimento dos Caps e a construção da Raps no Brasil.

1.2 EXPERIÊNCIAS DE SURGIMENTO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NO BRASIL

Neste item pretende-se refletir a respeito das experiências de surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) no Brasil, e a sua organização na construção de uma nova lógica no campo da saúde mental, considerando que mesmo antes de sua regulamentação, por meio da portaria nº 224/GM de 1992 e, posteriormente da Lei 10.2016 de 2001, muitos serviços de base comunitária já funcionavam inspirados nos Centros Diários de Atenção à Saúde Mental, de experiência italiana, além de outras experiências mundiais que contribuíram para a particularidade brasileira.

Enquanto uma conquista da reforma psiquiátrica brasileira, o Caps adquire grande relevância, sobretudo quando se considera a trajetória histórica da saúde mental, marcada pelas alterações na concepção de loucura e por intensas reivindicações e manifestações sociais. Tais reivindicações almejam a mudança no modelo de assistência à saúde mental no Brasil, opondo-se a situações de abandono e descaso dos hospitais psiquiátricos que até então constituíam o único equipamento destinado às pessoas com transtorno mental.

O surgimento do primeiro Caps no Brasil ocorreu em 1987 na cidade de São Paulo, denominado como Caps Professor Luís Rocha Cerqueira, a partir da utilização do espaço da extinta Divisão de Ambulatório (instância técnica e administrativa da Coordenadoria de Saúde Mental, responsável pela assistência psiquiátrica extra-hospitalar) da Secretaria Estadual de Saúde. Segundo Ribeiro (1999, p. 95),

Transformou-se esse local num serviço que se propunha a evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e poder oferecer um atendimento intensivo para pessoas com transtorno mental, dentro da nova filosofia do atendimento em saúde mental desse período.

Conforme Yasui (2006, p. 37),

O CAPS acolheu, na composição de sua equipe, profissionais de diferentes formações teóricas e de atuação. Do confronto entre a diversidade de ideias e do encontro com a prática com os usuários foi-se construindo uma das mais importantes experiências institucionais daqueles anos.

O Caps revela a substituição das longas internações do antigo modelo hospitalocêntrico por meio de um acompanhamento que não isola os usuários do convívio familiar e comunitário. Para Amarante (2003), essa reestruturação da assistência psiquiátrica visou possibilitar que o usuário com transtornos mentais permaneça com sua família, e que o acompanhamento ocorra através de um convívio diante da particularidade de cada núcleo familiar. Assim faz-se necessário um serviço articulado com uma rede de apoio e de organizações que ofereça o cuidado contínuo.

Esse dispositivo recebeu inspiração de diversas experiências internacionais, tais como as estruturas de hospital-dia, desde a década de 1940, na França, as comunidades terapêuticas na Escócia, os Centros de Saúde Mental nos anos 1960, nos Estados Unidos, e os Centros de Saúde Mental da Itália, entre as décadas de 1970/1980. No Brasil, a maior inspiração veio da Casa das Palmeiras, fundada por Nise da Silveira e colaboradores em 1956, no Rio de Janeiro (PITTA, 1994; MELO, 2007).

A psiquiatra alagoana Nise Magalhães da Silveira foi uma grande defensora das ideias de Laing e Cooper (antipsiquiatria), Basaglia (psiquiatria democrática), Jones (comunidade terapêutica) e de seu posicionamento humanista. No âmbito da psiquiatria institucional é considerada pioneira na terapia ocupacional, tendo introduzido este método no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro. Nise Magalhães da Silveira ficou conhecida por ajudar não somente a escrever como também a revolucionar a história da psiquiatria no Brasil e no mundo, fomentando a humanização do tratamento psiquiátrico e se mostrando contrária às formas tradicionais e agressivas de tratamento, como por exemplo, os eletrochoques (DULCE, 2018).

De acordo com Dulce (2018), em meados da década de 1940, Nise iniciou a terapia ocupacional, substituindo os métodos tradicionais e dolorosos ao qual eram submetidas pessoas com transtornos mentais, pela realização de atividades baseadas na arte e contato com animais como forma de expressão e de dar voz aos conflitos internos vivenciados principalmente pelos esquizofrênicos, que tiveram suas obras expostas ao redor do mundo.

No contexto internacional, Pitta (1994) assegura que a inspiração mais forte para o Brasil foi a dos centros de atenção psicossocial de Manágua (Nicarágua)¹⁹, que surgiram em 1986, em plena revolução naquele país.

Segundo Ribeiro (1999, p.95),

Além desses marcos em outros países, houve outras experiências regionais no Brasil, nos anos 80, que também iam ao encontro de uma atuação mais integrada em saúde mental, além de tratar através da inserção do usuário na comunidade e que também inspiraram os CAPS. Entre elas, a Casa das Palmeiras no Rio de Janeiro, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS) de Santos-SP e outras cidades, os centros de convivência, em São Paulo, a Pensão —Nova Vidal, no Rio Grande do Sul.

Os serviços de saúde mental como os Caps²⁰ apresentavam uma consolidação significativa enquanto equipamentos eficazes na busca pela redução das internações e na mudança do modelo de assistência à saúde mental, assim se instaurando em vários municípios do Brasil.

A criação do Núcleo de Atenção Psicossocial (Naps) e do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) foi oficializada a partir da portaria nº 224/GM, em vigor desde janeiro

¹⁹ O nome Centro de Atenção Psicossocial surgiu de uma experiência em Manágua, na Nicarágua, durante um período de revolução no país em 1986, quando foram criados espaços de cuidado para pessoas com problemas psiquiátricos, apesar das dificuldades políticas, sociais e econômicas em decorrência da guerra. Nesses centros atuavam profissionais e líderes comunitários, que constituíam equipes multidisciplinares, fazendo uso de materiais improvisados e sucatas para elaborar modos criativos de reabilitar essas pessoas à vida em sociedade (PITTA, 1994).

²⁰ Embora regulamentado pela portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde, recebe atualização de suas normas somente dez anos depois, com a publicação da portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 pelo órgão do Poder Executivo Federal.

de 1992, que reafirmou o princípio do SUS e estabeleceu diretrizes e normas para a assistência em saúde e saúde mental, fundamentada no princípio da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; da multiprofissionalidade na prestação de serviços; e a ênfase na participação social²¹ nas etapas de formulação até o controle de execução das políticas de Saúde Mental. Assim, a portaria de nº 224/GM afirma que o Naps/Caps se constitui:

(...) também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental (BRASIL, 1992, p.2).

Com o passar dos anos, pode-se verificar os avanços jurídico-políticos da reforma psiquiátrica brasileira, especialmente, por meio da lei 10.216 de 06 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Além desta importante lei, destaca-se a publicação da portaria GM 336 de 2002 que “institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Nesse cenário, compreende-se que a Atenção Psicossocial é uma nova forma de ofertar cuidado em saúde mental (AMARANTE, 2007), baseada em serviços ofertados pelos Caps e Naps, regulamentados por esta portaria, do Ministério da Saúde, bem como os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs).

²¹Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras. (BRASIL, 2004)

Em um sistema hierarquizado, a continuidade da assistência deve ser assegurada principalmente pelo estabelecimento de um sistema de referências, configurado na regionalização e na hierarquização e os Serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isso implica na capacidade dos Serviços em oferecer, a uma determinada população, todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando a resolutividade. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite o (re)conhecimento dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. (BRASIL, 1990).

No ano de 2002 verifica-se a existência de 424 Caps, no Brasil. Dez anos depois, esse quantitativo eleva-se para 2.209 (Saúde Mental em Dados, 2015), havendo no período considerado constante crescimento destes serviços, ampliando a quantidade de municípios e territórios cobertos pela rede de saúde mental. Isto aponta para a consolidação desse modelo de atenção para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, bem como para a ampliação de ofertas de cuidado de base territorial e comunitária. Além disso, segundo a Coordenação de Saúde Mental, do Ministério da Saúde (2004), até o ano de 2004, a maior parcela de Caps no Brasil correspondia ao Caps II (42%), seguida do Caps I (35%), Caps AD (11%), Capsi (7%) e Caps III (5%).

Segundo Moraes (2021, p.74),

É importante salientar que a estratégia de implementação progressiva desses serviços foi primordial para o desmonte da lógica manicomial, possibilitando assim, o fechamento de leitos psiquiátricos ou até mesmo de hospitais. Contudo, cabe destacar que essas mudanças na política nacional de saúde mental não se efetivaram sem represálias ou enfrentamentos, ou seja, a saúde mental se constitui como um campo de disputas, de múltiplos interesses em jogo. Vale lembrar que a internação psiquiátrica esteve no rol daquelas mais lucrativas para as clínicas de caráter privado, fortalecendo a indústria da loucura.

Assim, conforme Yasui (2006, p.61), mais do que um serviço, o Caps é uma estratégia de mudança do modelo de assistência que inclui necessariamente a reorganização da rede assistencial a partir de uma lógica territorial. Isto significa ativar os recursos existentes na comunidade para compor e tecer as múltiplas estratégias de cuidado implícitas nesta proposta. Mais do que reorganização, esta estratégia relaciona-se intimamente com uma proposta política de organização e de assistência à saúde.

Sabe-se que uma das principais conquistas da Reforma Psiquiátrica, no Brasil é essa transição do modelo de cuidado em saúde mental centrado nos hospitais psiquiátricos, para o modelo com base em uma rede comunitária e que tem em seu cerne os Centros de Atenção Psicossocial, ou seja, a substituição gradativa dos leitos em hospitais psiquiátricos para os serviços de base comunitária extra-hospitalares, bem como o deslocamento gradativo dos recursos financeiros dos hospitais para esses serviços comunitários. Além disso, a família passa a ser entendida como parceira e parte fundamental do cuidado ao usuário com transtornos mentais e esses serviços de base comunitária devem estar aptos a acolher os familiares e integrá-los às atividades e a tomada de decisões das questões entre o usuário e a família.

Dessa forma, conforme Nogueira (2015, p. 33),

Os CAPS devem ultrapassar os muros da estrutura física, garantindo a construção de uma efetiva rede de suporte social no território em que atua, sem perder de vista o sujeito em sua singularidade. Além disso, os CAPS devem ser espaços de construção de novas práticas sociais para lidar com a doença e a saúde mental, visando transformar as relações entre a sociedade e a loucura.

Diante disso, entende-se o conceito de clínica ampliada como princípio norteador das práticas em saúde mental. Para garantir essa lógica, os Caps constituem-se como serviços de atendimento diário que ampliam e intensificam os cuidados criativos, terapêuticos e responsáveis aos usuários com transtornos mentais (RIBEIRO, 2004). Assim, o Caps é uma instituição que objetiva prestar o serviço de acompanhamento interdisciplinar, que se configura por meio da comunicação ativa entre os diversos equipamentos que compõem a rede de atendimento em saúde mental, sendo eles: a atenção básica, as Estratégias de saúde da Família (ESF) e Hospitais Gerais.

Desta forma, segundo Moraes (2021, p.75), a efetivação do cuidado em saúde mental requer o acolhimento e a construção de vínculos afetivos e profissionais com os usuários, ou seja, que as pessoas com transtorno mental se sintam realmente ouvidas, acolhidas e cuidadas. Nesse sentido “o modelo biomédico e suas relações centradas na medicalização, na hierarquia e na padronização dos corpos foi substituído por valores pautados no acolhimento, na responsabilização e no vínculo” (PASSOS, 2016, p.153).

Nesse contexto, a noção de acolhimento “pode ser compreendida como um processo ‘intercessor’ “(...) e atributo das práticas clínicas em saúde mental, realizadas por qualquer membro da equipe” (SILVEIRA; VIEIRA, 2005, p.94). Para ser acolhido é necessário encontrar uma porta aberta, adentrar ao serviço, e ser recebido. O encontro produtor dos atos de cuidar pressupõe um momento de acolhida e de recepção que considere aquele que busca nossa “hospitalidade” em sua totalidade. Assim como o cuidado, acolher é mais do que um ato: é uma atitude (YASUI, 2006, p.130).

Assim, os Caps possuem a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental no território. Para Moraes (2021, p.76) “o conceito de responsabilização refere-se à noção de tomada de responsabilidade por parte do serviço pela saúde mental da população de toda a área territorial de sua referência”. Este conceito de responsabilização pela demanda do território foi inspirado na experiência do Movimento da Reforma Psiquiátrica Italiano. Assim, de acordo com a Portaria nº 336/02 (BRASIL, 2002), os Caps devem se responsabilizar pela coordenação e pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território.

Neste sentido, o território é a área sobre a qual o serviço deve assumir a responsabilidade pelo cuidado em saúde mental. Desta forma, a rede de cuidado em saúde mental passa a ser centrada no Caps e integrada à rede de serviço do território ao qual pertence. Segundo o Ministério da Saúde (2005), a principal característica do Caps é a integração a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”: o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares, constituindo a principal estratégia da Reforma Psiquiátrica no país.

Pautado na responsabilização, no reconhecimento e integração ao território ao qual o usuário pertence, a proposta direciona-se a um processo de vinculação, na qual o vínculo é concebido como “um movimento constante em direção ao estabelecimento ou ao estreitamento de uma relação imbuída por sentimentos de mútua confiança” (SILVEIRA; VIEIRA, 2005, p.95). Segundo Moraes (2021), no processo de cuidado em saúde, esse conceito conectado à concepção de acolhimento, possibilita o comprometimento e a responsabilização de toda a equipe com o sofrimento dos usuários, tanto de forma individual quanto coletiva. Desse modo, os vínculos são construídos a partir da escuta e responsabilização entre os sujeitos.

A autora (2021, p.78) acrescenta ainda que,

As novas práticas em saúde mental são norteadas por esses conceitos, ou seja, o trabalho desenvolvido nos dispositivos de atenção psicossocial requer outros enfoques, bem como, outros conteúdos éticos, políticos e teóricos. Daí decorre a noção de clínica ampliada adotada pela Reforma Psiquiátrica, e pautada no princípio de uma nova ética do cuidado em saúde mental. Cabe destacar que essa noção se distingue dos princípios da clínica médica, pois não está centrada na doença e no tratamento medicamentoso, ao contrário, supera o entendimento biologista e incorpora outros saberes, disciplinas e práticas socioculturais.

Outro ponto de suma importância é a compreensão de que a assistência em saúde mental no Brasil, após a Lei 10.216 de 2001, passou a ser pensada através da noção da rede ampliada territorial de cuidado, que é composta pelos serviços no território ao qual o usuário pertence. São os hospitais psiquiátricos e todos os serviços extra-hospitalares, como os Caps, Naps, Residências Terapêuticas, Consultórios de rua, Serviços de tratamento psiquiátrico ambulatorial. Além destes, devemos considerar que a família, os vizinhos, o local de trabalho e as instituições de ensino também compõem a rede ampliada.

Ao propor a articulação da rede, “o trabalho desenvolvido pelo Caps caminha na direção da integralidade do cuidado” (MORAES, 2021, p. 79). Portanto, os Caps devem ocupar o papel central na rede de atenção à saúde mental, constituindo-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território. Assim, são

responsáveis pela coordenação da gestão, articulação da rede de cuidado, regulação da porta de entrada da rede assistencial, supervisão e capacitação das equipes de atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Além disso, o objetivo do Caps é “oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p.13), para além de propiciar o gerenciamento de casos possibilitar a produção de um projeto terapêutico próprio para cada usuário, elaborando estratégias que fomentem sua continuidade no serviço.

No que diz respeito à estrutura, o Caps deve dispor de um espaço próprio para atender as particularidades e demandas dos usuários, contando com salas para atividades em grupos, espaços de convivência, além de reforçar a importância da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS)²². Conforme supracitado, as pessoas com transtornos mentais atendidas no Caps têm seu projeto terapêutico individual, durante sua permanência no serviço, de acordo com o resguardo de sua individualidade e as suas necessidades. Como assegura as determinações da Portaria GM 336/02, ao estabelecer a capacidade para acompanhamento dos usuários dos CAPS I, II, III, CAPSi e CAPSad deverão estar aptos para o seu acompanhamento de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, definindo os tratamentos como:

Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário; Atendimento Semi-Intensivo: o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram; pode ser domiciliar, se necessário; Atendimento Não intensivo: à pessoa que não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território; também pode ser domiciliar (BRASIL, 2004, p.2)

Sendo assim, o projeto terapêutico singular deve ser construído com a equipe profissional conjuntamente com o usuário, garantindo o seu protagonismo durante o acompanhamento no serviço. Para tanto, é de suma importância que a família seja incluída na construção e na execução do projeto terapêutico singular, uma vez que é considerada a principal instituição para o cuidado cotidiano do usuário.

²² O PTS promove um planejamento de tratamento individualizado para o sujeito, considerando suas questões mais particulares, pois, embora o diagnóstico seja igual ao de muitos outros, o projeto de tratamento vai ser construído a partir da história de vida e das condições individuais daquele usuário. Dessa forma, torna-se claro que a principal questão do PTS é a “busca pela singularidade (diferença) como elemento central de articulação” (BRASIL, 2007b, p. 40).

Tal proposta tem por base a Lei 10.216/2001 que assegura a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental e na promoção de ações de saúde da pessoa com transtorno mental, com a devida participação da sociedade e da família. Assim, os Caps devem trabalhar não apenas a parceria da família no acompanhamento, mas também realizar o acolhimento dos familiares na perspectiva de oferecer o cuidado através de atendimentos individuais e grupais, de modo que eles se sintam efetivamente integrados às suas atividades.

Diante disso, compreende-se que a Reforma Psiquiátrica no Brasil, materializada na Lei 10.216/2001, estabeleceu um conjunto de diretrizes com o objetivo de criar um modelo assistencial de base comunitária, em contraponto ao atendimento segregador e asilar que são características dos hospitais psiquiátricos. Mediante essa análise, se faz necessário um diálogo maior com a perspectiva da promoção da saúde, uma vez que se torna relevante compreender de que forma a política de saúde mental brasileira vem dialogando e contribuindo para a promoção da saúde a partir da perspectiva da efetivação de suas diretrizes e princípios. Assim, fica clara a possibilidade de diálogo entre a promoção da saúde e a saúde mental, a necessidade da autonomia da pessoa com transtorno mental, bem como as possibilidades, o envolvimento do usuário e o familiar participando como protagonistas na produção do seu cuidado, em um franco movimento de luta contra a exclusão.

Desta forma, todas as modalidades de Caps devem obedecer às exigências referentes à multiplicidade da formação profissional, bem como às suas características e particularidades em relação à organização dos diversos níveis de acompanhamento dos usuários e familiares, uma vez que o acesso e a permanência dos usuários nos serviços decorrem de muitas variáveis. No entanto, faz-se necessário ressaltar que o Caps não se constitui como lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. O processo de reinserção social, familiar e comunitária, que possibilitarão sua autonomia, deve ser cuidadosamente preparado, ocorrendo de forma gradativa (BRASIL, 2004).

Seguindo essa tendência, em 2011 foi constituída por meio da Portaria Ministerial nº. 3.088/ 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)²³, com o objetivo de ampliar e promover o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico, transtorno mental e/ou uso de crack, álcool e outras drogas, orientando-se por diretrizes baseadas no

²³ A próxima seção propõe a abordagem da RAPS, considerando seus arranjos organizativos de serviços e ações de saúde radicalmente oposto ao modelo manicomial.

respeito aos direitos humanos, no combate aos preconceitos, na garantia da qualidade dos serviços prestados, na construção da integralidade e da intersetorialidade e na participação dos usuários, incluindo familiares e comunidade na construção do projeto terapêutico.

Os estudos sobre o tema têm destacado a importância das conquistas de ampliação do acesso ao cuidado em saúde mental, a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos, associados à expansão e regionalização da rede de serviços substitutivos. No entanto, de acordo Bisneto (2007), mesmo diante das transformações inovadoras na saúde mental, é pertinente destacar que seus atuais dispositivos se colocam como estabelecimentos mesclados por serviços tradicionais e renovados. Também os profissionais atuantes nesses dispositivos se posicionam de formas diversas, favorecendo muitas vezes um espaço contraditório e tenso.

As tensões integram a política de saúde mental como um campo de disputas e contradições. Apesar dos avanços conquistados pelos movimentos sociais defensores da pauta antimanicomial, verifica-se ao longo destes anos a correlação de forças com os movimentos defensores da remanicomialização do tratamento. A título de exemplo é possível destacar a realização, em 2001, do II Fórum Antidrogas, convocado pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Além deste, segundo Pereira (2020), constata-se neste período, dois atores opostos à reforma psiquiátrica: 1) Representado pela Federação Nacional das Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), movido por interesses de ordem religiosa e disputas em torno do fundo público (GUIMARÃES; ROSA, 2019); 2) Outro diz respeito a uma parcela da categoria médica, liderada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Esses opostos se fizeram presentes em todo o momento de implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, de diferentes maneiras e utilizando-se de diversas estratégias para influenciar e vetar esse processo.

De acordo com Pereira (2020), até o ano de 2015, no entanto, estavam à frente dessa Coordenação sujeitos defensores da Reforma Psiquiátrica antimanicomial, o que garantiu avanços na atenção às pessoas em sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas, bem como limitou as tentativas de reversão das reformas implantadas.

Nesta direção, Passos (2018), assegura que as últimas mudanças realizadas na política de saúde mental indicam que até 2015

(...) tínhamos na gestão da coordenação de saúde mental, vinculada ao Ministério da Saúde, atores que se colocavam como participantes da Reforma Psiquiátrica

antimanicomial. Entretanto, antes do golpe parlamentar que destituiu a presidenta Dilma Rousseff, tivemos uma dança das cadeiras nos ministérios, oriunda dos pactos entre os partidos que estavam no poder, para que não houvesse o impeachment, o que não adiantou muito. Só que nessa correlação de forças tivemos a mudança do Ministro da Saúde e, posteriormente, da coordenação de saúde mental. O final do ano de 2015 foi marcado por esse enorme retrocesso, já que foi a primeira vez, depois de 23 anos, que a política de saúde mental deixa de ser gerida por alguém que não fosse em prol da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial (PASSOS, 2018, p.9)

Ainda segundo a autora,

Todos esses retrocessos não podem ser problematizados de forma isolada, pois eles vão atingir diretamente a população que é atendida pelos serviços substitutivos e, que também sofre com ações truculentas e de violação. (...) Nesse sentido, é a população negra e pobre que sofrerá com o retorno do modelo manicomial, já que são a maioria da população brasileira (PASSOS, 2018, p. 09).

A partir desse debate, visualizam-se ataques à Política de Saúde Mental, em uma perspectiva de desinstitucionalização²⁴, que difere da desospitalização e não se limita somente à retirada dos usuários das instituições psiquiátricas, mas no desenvolvimento de uma rede de atenção psicossocial que busca a garantia da integralidade de cuidados para as demandas dos usuários. Ataques que se vinculam às condições estruturais, marcadas por um cenário político e econômico que reforça e institui a efetivação das políticas neoliberais, ou seja, apesar de os Caps surgirem como dispositivos da luta antimanicomial por meio de um novo modo de produção de cuidado, tendo como centralidade a singularidade da pessoa com transtorno mental, a política neoliberal tenciona o campo de disputas da saúde mental para uma lógica contrária à desinstitucionalização.

Cabe reforçar que a construção dos Caps é uma conquista do movimento de Reforma Psiquiátrica que garante sua regulamentação nos anos 2000, tendo até esse período, o registro de 208 Caps implantados. Já entre 2006 e 2014, esse quantitativo alcançou o total de 2.209 equipamentos em uma lógica que garante centralidade ao Caps. No contexto atual, Desinstitute (2021), assegura que a rede Caps no Brasil conta com um total de 2.785 equipamentos. Contudo, nos últimos anos existem retrocessos nesta proposta a partir de uma frente contrária à reforma psiquiátrica brasileira, pautada no projeto neoliberal, que tem colocado em questionamento a centralidade do Caps e ampliado a participação dos hospitais psiquiátricos e das comunidades terapêuticas vinculadas a vertentes religiosas. Tais

²⁴ Saraceno et al. (1994, p. 18) “consiste em trabalhar para eliminar a realidade e a cultura institucional [...] e suas conseqüências: violência, miséria, isolamento, falta de dignidade, injustiça e ampliação da enfermidade institucional, seja dos pacientes, seja dos que cuidam deles”.

elementos serão problematizados no próximo capítulo, item 2.1. Para este momento, opta-se por aprofundar os estudos a respeito da implantação da Raps no Brasil.

1.3 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A ATENÇÃO EM REDE NO BRASIL

Como vimos no item anterior, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) contribuiu com grandes avanços para a modificação da assistência em saúde mental. Por isso, nessa seção abordaremos a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e a organização da Rede de atenção em saúde (Ras) no Brasil, compreendendo que a estrutura das redes se consolida por meio de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, configurando um conceito amplo e muito utilizado no campo da saúde mental, como resultado da Reforma Psiquiátrica, e da conseqüente mudança do modelo assistencial, sendo “instituídos novos serviços de atendimento à pessoa em sofrimento psíquico, que se distingue radicalmente do tratamento prestado pelo manicômio” (PASSOS, 2016, p.145). De acordo com Boccacin (2001 apud SANICOLA 2015, p.21), “o conceito de rede, tanto no singular quanto no plural, é usado para definir sistemas que se encontram conectados, malhas de comunicação, estratégias empregadas por indivíduos ou a ‘forma’ das relações sociais”.

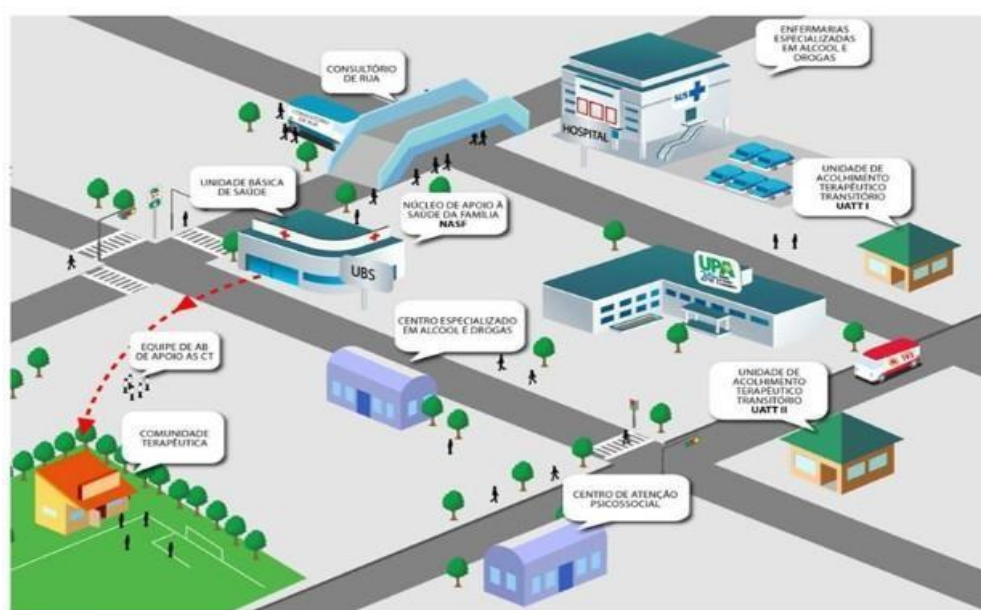
Sabe-se que a efetivação das Ras direciona os serviços e ações para uma maior eficácia e consolidação na oferta de saúde, melhoria na aplicabilidade da gestão do sistema de saúde em território nacional, dentro dos limites regionais e contribui diretamente para os princípios de efetivação do SUS. Assim, o processo transitório entre a idealização de um sistema integrado de saúde composto em redes e sua concretização perpassa a construção contínua nos territórios²⁵, possibilitando a real compreensão da realidade e das propostas de inovação na organização e gestão.

Assim, entende-se que um primeiro movimento importante para a formação de redes se deu com a descentralização da saúde no Brasil, que possibilitou maior aplicabilidade das ações locais, favorecendo o surgimento de experiências exitosas nos vários setores da saúde e nos seus diversos níveis de atenção, mediante processos de regionalização e hierarquização (FERLA; LEAL; PINHEIRO, 2006).

²⁵ A definição de território referida nesta dissertação parte da conceituação de Milton Santos (1996) em que a explicita como uma construção histórica. —A configuração territorial é dada pelo conjunto formado pelos sistemas naturais existentes em um dado país ou numa dada área e pelos acréscimos que os homens superpuseram a esses sistemas naturais. A configuração territorial não é o espaço, já que sua realidade vem de sua materialidade, enquanto o espaço reúne a materialidade e a vida que a animal (SANTOS, 1996, p.51).

Conforme Lima e Guimarães (2019, p.2), a partir de 2011, com a regulamentação da Portaria nº 3.088, é constituída, conforme sinalizado na seção anterior, a Rede de Atenção psicossocial (RAPS – Figura 1), como um novo arranjo organizativo de serviços e estratégias, que propõe a integralidade e continuidade do cuidado, a integração e interação de serviços e a construção de vínculos horizontais entre atores e setores, em contraposição à fragmentação de programas e práticas clínicas, ações curativas isoladas em serviços e especialidades (BRASIL, 2011a).

Figura 1. A Rede de Atenção à Saúde Mental



Fonte: Panorama e Diagnóstico da Política de Saúde Mental, 2017

Essa proposta organizacional para a saúde mental é oriunda do modelo de redes de atenção à saúde (RAS) e compreende componentes de diversos níveis de densidade tecnológica, como: a Atenção Primária à Saúde (APS), na qual estão alocadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as Equipes de Consultórios na Rua e os Centros de Convivência. Assim, a Rede de Atenção Psicossocial que preconiza o atendimento as pessoas com transtorno mental e com uso prejudicial de álcool e outras drogas busca a expansão da concepção de cuidado e atenção integral à Saúde Mental ao ofertar novos serviços aos usuários, de forma descentralizada e ampliada. Ou seja, ocorre a partir da efetivação de uma nova lógica de atenção à saúde por meio de uma rede de fortalecimento da materialização de um novo modelo de assistência às pessoas com transtornos mentais, que almeja proporcionar autonomia, liberdade, inclusão e a reinserção dos usuários na sociedade, como assegura a Política Nacional de Saúde Mental (Lei nº

10.216/2001), em detrimento do antigo modelo hospitalocêntrico pautado na exclusão e violação dos direitos fundamentais dos indivíduos (LIMA; GUIMARÃES, 2019, p.2).

De acordo com Moraes (2021, p.79),

[...] a RAPS propõe a integralidade das ações de saúde mental através da articulação entre diferentes serviços, como o CAPS, a Atenção Básica, os serviços de urgência e emergência, os serviços residenciais, a atenção hospitalar e as iniciativas de reabilitação psicossocial (geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais).

A implementação e o financiamento de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Assim, os SRT, residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não. Nos últimos anos, o complexo esforço de implantação das residências e de outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território (BRASIL, 2005, p. 21).

Ainda em relação às dificuldades para efetivação da política no Brasil, nesta conjuntura:

[...] observa-se desafios na implantação da RAPS, instituída na década de 1990, como a incipiente discussão sobre a co-participação em seu financiamento (tripartite); modelos distintos de serviços federais, estaduais ou municipais, com diferentes formas de organização e função na rede; a cultura da internação, especialmente em hospital psiquiátrico e comunidades terapêuticas, bastante presente em diversas regiões e localidades; além de fragilidades na formação das equipes (BRASIL, 2005, p.15).

Além dos desafios, conforme sinalizado anteriormente, o Caps ocupa um lugar estratégico na Raps, pois se constitui como um serviço de extrema importância para a superação do modelo asilar. De acordo com Yasui (2006, p.144):

(...) o CAPS deve ser entendido como uma estratégia de transformação do modelo assistencial, que rompe com o paradigma psiquiátrico tradicional, promovendo uma profunda mudança na organização e na gestão dos processos de trabalho, envolvendo todos os atores na constituição de uma rede de produção de cuidados, estabelecendo alianças com outros setores das políticas públicas e com diferentes segmentos e atores sociais (YASUI, 2006, p.144).

Assim, os Caps desempenham o papel de organizadores da rede de cuidados no território em que estão inseridos, buscando superar a lógica fragmentada da produção do cuidado, uma vez que o campo da saúde mental é transversal a todas as políticas. Assim, compreende-se que o acompanhamento da pessoa com transtorno mental não deve ser ofertado apenas pelos serviços relacionados à saúde mental ou até mesmo no âmbito familiar.

De acordo com Passos (2017), a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a luta antimanicomial sempre foram alvos de represálias, questionamentos e oposições. Dessa forma, sabe-se que a integralidade na saúde mental é garantida pela Lei 10.216/2001, tendo o papel de fortalecer o compromisso com o rompimento dos conceitos anteriores ao processo da Reforma Psiquiátrica, na qual se reforçava o modelo hospitalocêntrico, de medicalização e isolamento social do usuário, que contribui diretamente para a perda de sua autonomia. Neste sentido, o objetivo da atenção integral na saúde mental é resgatar um conceito positivo acerca da loucura, incentivando o cuidado realizado em diferentes espaços, através de uma prática assistencial que considere a subjetividade e a singularidade do sujeito em sofrimento psíquico (OLSCHOWSKY, 2001).

Conforme Quinderé et al (2014), os Caps subvertem a lógica da hierarquização e se organizam agregando os diferentes níveis de atenção à saúde em uma só unidade. Fazem, pois, surgir importantes questões na própria organização do SUS, prestam atendimento especializado nos casos de transtornos mentais e são responsáveis pelo acompanhamento dos usuários nas unidades de internação nos hospitais gerais. Por conseguinte, segundo Campos (2003), compreende-se a integralidade como um dos pilares da Atenção Primária, que se fundamenta na garantia de assistência em todos os níveis e articulação entre promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e sua família.

As ações de promoção à saúde devem ser realizadas a partir de uma articulação entre as políticas que atendam às necessidades de cada grupo específico, desta forma, a promoção da saúde é definida enquanto um processo de capacitação da comunidade, na qual há o objetivo de ampliar e melhorar a sua qualidade de vida e saúde, além de proporcionar maior participação no controle deste processo (OMS, 1986), de maneira a materializar os valores instituídos pelo SUS, ao reforçar a equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria entre Estado, comunidade, família e indivíduo (BUSS, 2000).

Conforme Coe e Duarte (2017, p.17) “todo esse processo constitui um novo sujeito coletivo, implicando vários atores na desconstrução crítica do manicômio, rupturas

conceituais, invenções de propostas assistenciais, articulações e conquistas de espaços”. Por isso considera-se que essas forças potencializaram a estratégia de uma rede de atenção psicossocial no país. No entanto, observa-se, segundo Moraes (2018, p. 13), que

No contexto de atenção psicossocial, ainda nos deparamos com o hospício sendo um importante articulador e produtor de cuidado. Ou seja, a atenção ao sofrimento psíquico está sendo realizada sem prescindir por completo das instituições fechadas, o que reforça a importância do hospital psiquiátrico na rede e contribui para sua manutenção e existência.

O cuidado em saúde mental implica na compreensão do usuário de forma integral, contudo, muitos serviços do campo da saúde mental e de outras políticas sociais, apresentam dificuldades em materializar a articulação entre os serviços no território e com outras políticas. Estas dificuldades são também determinadas pela precarização dos serviços sociais, implicando na garantia de continuidade e qualidade das ações, podendo fortalecer o ciclo das internações psiquiátricas.

Vale ressaltar que o processo de superação do modelo asilar e de efetivação da RP requer ações estratégicas entre trabalhadores, usuários e familiares pautadas no acolhimento e no vínculo, dentro dos serviços substitutivos. Para tanto, conforme dito anteriormente, faz-se necessário adotar um modelo de saúde humanizado.

Para Pande e Amarante (2011), ao mesmo tempo em que diversas melhorias na assistência em saúde mental foram alcançadas a partir da implementação dos Caps, outras tantas dificuldades, novas e antigas, reconhecidas ou não, são também observadas nos serviços, e devem ser problematizadas e superadas.

Ora o CAPS tem a preocupação em favorecer um intercâmbio com a comunidade, ora se reconhece fechado em si mesmo. Se por um lado exalta a cidadania dos usuários, por outro entende que deve protegê-los dos desafios impostos pela sociedade. Ao mesmo tempo que entende a necessidade de aproximação entre todos os seus membros, ressalta as diferenças e as mantém intactas. As perspectivas opostas são presentes, em um jogo de forças que compõe diferentes desenhos de acordo com a ocasião. Os serviços podem, a um só tempo, cronificar, restringir, segregar, proteger, bem como libertar, favorecer autonomia, cidadania e protagonismo (PANDE; AMARANTE, 2011, p.2075).

Em suma, compreende-se que os Caps são os principais serviços da Raps com o objetivo em acolher a pessoa com transtorno mental. Entretanto, conforme Nogueira (2015, p.39),

Ainda há um longo caminho a ser percorrido em direção à superação do modelo manicomial que ainda resiste no imaginário social, mesmo dentro dos serviços substitutivos. Mas não parece restar dúvidas sobre o fato de que os CAPS, como espaços privilegiados de criação e cuidado junto aos usuários e como co-construtores das práticas em saúde, têm o potencial de construir novas possibilidades de subjetivação e de ser no mundo, calcadas neste novo paradigma.

Assim, reconhece-se no campo da saúde mental, que para além da precarização do atendimento hospitalar há uma oposição epistemológica, política, conceitual com essa forma de tratar e “cuidar” da loucura, centrada na lógica do lucro que potencializa a produção do cuidado e a garantia do vínculo como base da sustentação da saúde mental proposta pelo modelo de atendimento dos Caps. Sendo assim, no próximo capítulo abordaremos a Política de Saúde Mental no atual contexto de ataques e retrocessos.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO DE ATAQUES E RETROCESSOS

Ao longo do capítulo anterior estudamos o processo histórico de construção da política de saúde mental no Brasil, destacando o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) que questionou o modelo de tratamento das pessoas com transtorno mental, baseado na Psiquiatria clássica e predominante até os anos 1970, tendo por característica central o isolamento do usuário do convívio comunitário, expondo-o a tratamentos violentos e desumanos. Para esta abordagem, tratou-se da criação dos serviços extra-hospitalares, em especial os Centros de Atenção Psicossocial que, tem por objetivo central a reinserção comunitária dos usuários através de uma Rede de Atenção Psicossocial, e que apesar dos avanços conquistados por meio de sua regulamentação, implementação e interiorização, tem sofrido ataques advindos de atores articulados ao projeto de antirreforma psiquiátrica, baseado na lógica do mercado, elemento central do capitalismo neoliberal.

Neste capítulo, interessa problematizar a política de saúde mental, álcool e outras drogas na atual conjuntura, considerando os ataques e retrocessos mencionados, o que tem garantido

O aumento de vagas para usuários e financiamento público nas Comunidades Terapêuticas, além de se omitir quanto ao processo de internações forçadas nas principais capitais brasileiras, levado a cabo por agentes públicos de forma repressora e autoritária (DUARTE, 2018, p. 230).

Além disso, ao reconhecer a política de saúde mental como campo de disputas e interesses contraditórios, pretende-se abordar os atuais atores responsáveis pela organização política e resistências à remanicomialização da saúde mental no Brasil e, especialmente, no Rio de Janeiro, como forma de aproximação do estado em que se desenvolveu a pesquisa de campo.

2.1 ATAQUES E RETROCESSOS À POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA CONJUNTURA RECENTE NO BRASIL

Como visto no capítulo anterior, a atual Política de Saúde Mental no Brasil é proveniente de lutas sociais dos/as trabalhadores/as que surgem em um contexto de resistência e de oposição à ditadura militar brasileira e em defesa da redemocratização do País. Vale ressaltar que, no contexto dos anos 1970, movimentos sociais em saúde criticaram o modelo de saúde vigente, combatendo sua organização, suas concepções e as

práticas de saúde, denunciando as violências e negligências às quais usuários/as eram submetidos/as e construindo defesas teórico-conceituais e ético-políticas sanitárias e psiquiátricas que caminharam na direção da universalização da saúde e da desinstitucionalização de usuários, dentre outros. Dessa forma, conforme Braga e Farinha (2011, p. 5),

No Brasil, a reforma psiquiátrica inicia-se no final da década de 1970, num cenário em que diversos movimentos sociais se entrecruzavam reivindicando o fim da Ditadura Militar (1964-1985), abertura política e ampliação de direitos. Para entender o atendimento público em saúde mental anterior à reforma, importa destacar que isso consiste num hiato de trinta anos em relação à Europa: enquanto a reforma avança e estatiza-se na Europa nos anos 1970, amplia-se o parque manicomial brasileiro na Ditadura Militar.

Ainda nesse período, entende-se que com o processo de abertura política e com a redemocratização do País, ocorreu na saúde um movimento importante com a participação de novos sujeitos sociais fortalecendo um discurso de reforma no setor público. Assim, a proposta da Reforma Sanitária no Brasil apresentou a defesa da ampliação da democracia por meio do acesso universal e da descentralização do controle social.

Contudo, como fruto da correlação de forças sociais e políticas, faz-se necessário considerar que, nesse período, o Brasil adota e consolida, o ideário neoliberal.

Compreende-se que o ideário neoliberal retrai a intervenção do Estado no campo das políticas sociais, ocorrendo assim uma mercantilização dos direitos sociais e a responsabilização dos sujeitos pela proteção social. Dentre as principais ideias do receituário neoliberal, destacam-se a necessidade de privatização da esfera pública, a desregulamentação financeira, a abertura externa, a flexibilização das relações e das condições de trabalho, a retração ou diminuição do Estado e a reestruturação de políticas sociais (LAURELL, 2002, p. 13).

A política neoliberal está preocupada em gerar lucros, determinando desmontes às políticas sociais públicas, como na área da saúde, educação, assistência social, previdência, entre outras. Fica claro que, no projeto neoliberal do capitalismo, as políticas sociais são submetidas à lógica das políticas econômicas, resumindo-se a ações paliativas, focalizadas, assistencialistas, com a presença residual do Estado, com o repasse de responsabilidades à família, à solidariedade e ao mercado, em uma perspectiva de mercantilização da vida social.

Assim, a tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais – a depender da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e da política social nos países – em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise [...]

prevalecendo o [...] referido trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: a privatização, a focalização e a descentralização. Sendo esta última estabelecida não como compartilhamento de poder entre as esferas públicas, mas como mera transferência de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas [...]. (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p.156).

A política neoliberal, associada a transformações no campo do trabalho, em escala global, tem incidido sobre a classe trabalhadora, por meio do desemprego estrutural, da instabilidade do trabalho, da precarização das condições e das relações de trabalho, de baixos salários, dentre outros elementos que têm agravado a desigualdade social no País. Tais impactos sobre as políticas sociais e sobre a vida social têm gerado diversos conflitos ao sujeito, promovendo, dentre outros, o seu processo de adoecimento psíquico.

No contexto atual, verifica-se a ampliação das políticas sociais focalizadas, impedindo o avanço das políticas públicas universais sob a ótica do direito e fazendo com que ocorra o aumento dos desafios postos para a democratização e para a universalização dos direitos sociais de forma equitativa, apesar da busca pela garantia das políticas sociais por meio dos princípios da Carta Magna brasileira de 1988. Desse modo, a defesa dos direitos supõe a primazia do Estado na condução das políticas públicas e a democratização e universalização dos direitos, assegurando o controle social (IAMAMOTO, 2008).

Assim, o avanço do neoliberalismo a partir dos anos 1990 no Brasil impacta as políticas sociais, em um contexto de precarização estrutural do trabalho, em escala global, ou seja, ao mesmo tempo em que as transformações no mundo do trabalho impactam as condições de vida da classe trabalhadora, as respostas do Estado não são compatíveis com o aumento das mazelas enfrentadas pela sociedade.

Assim, o princípio da universalidade da saúde é fortemente colocado em xeque, por meio da lógica do sucateamento e privatização do acesso. No que tange aos rebatimentos da contrarreforma no campo da saúde mental, as políticas intersetoriais dos serviços substitutivos são marcadas pelos reflexos da precarização dos vínculos trabalhistas dos profissionais inseridos neste campo (ROBAINA, 2010). A presença de diversos vínculos trabalhistas (servidores públicos, contratados, terceirizados, cooperativados etc.), gera impactos na equidade de direitos e na democratização das relações de trabalho, gerando consequências nas práticas interdisciplinares. Vale ressaltar que a política de saúde mental também sofre os impactos dos ajustes fiscais do Estado, contrários à luta antimanicomial. De acordo com Passos (2017), a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a luta antimanicomial sempre foram alvos de represálias, questionamentos e oposições. Conforme Bisneto (2007,

p. 43), na “Saúde Mental, a política neoliberal ao invés de incentivar a ressocialização dos indivíduos, incentiva a medicalização, almejando lucro através das indústrias farmacêuticas e tratamento baseado em remédio, como uma forma de atendimento em massa”.

Como vimos, o processo de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação em hospitais psiquiátricos, no Brasil passa a ganhar força a partir dos anos 1990 e impulso em 2002, com uma série de normatizações do Ministério da Saúde que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos. A desinstitucionalização e a efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na comunidade são tarefas às quais o SUS vem se dedicando, ainda que atualmente movimentos contrários estejam conquistando espaços importantes para a perspectiva de remanicomialização dos serviços.

Conforme Vasconcelos e Filho (2013), superar a herança asilar do antigo modelo não é um processo simples, pois ainda há muros invisíveis, apesar de a queda dos muros físicos, ou seja, um modelo de clausura mais sutil, sujeito a contaminações pelo modelo anterior.

Segundo Passos (2020, p.12),

Nesse caminho, podemos dizer que o manicômio e sua lógica de isolamento, internação, controle, punição e violência não são os mesmos e estão sendo modificados de acordo com as transformações do modo de produção capitalista e, também, pela particularidade brasileira. É necessário reconhecer estas mudanças nas relações sociais, identificar como elas atravessam as políticas públicas e produzir outras formas de viabilizar o cuidado em saúde mental na perspectiva antimanicomial e da redução de danos.

A Luta Antimanicomial é movimento, é espaço de combates, não está dada, não é um dado (LOBOSQUE, 2003). Conforme Passos (2020, p.12),

Estamos vivenciando um processo de reatualização e reconfiguração das instituições da violência que estão autorizadas a conter e controlar, com legitimidade jurídica, os corpos e subjetividades da população em especial, como a história nos mostra, dos grupos considerados desviantes. Na atualidade, esta forma de opressão tem se apresentado, sobretudo, para a população negra, pobre e LGBT.

Acrescenta a autora (2017), que a Reforma Psiquiátrica, desde que se tornou uma política pública em 1992, foi orientada por uma perspectiva antimanicomial. Entretanto, a partir da publicação das Portarias nº 3088/2011 e nº 131/2012 ocorre uma crise com a inserção das Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), garantindo maior financiamento do orçamento público e reconhecendo as Comunidades

Terapêuticas como oferta pública de cuidados a pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas. Segundo Guimarães e Rosa (2019) elas não atendem às exigências para serem consideradas um serviço de saúde, pois atuam na perspectiva manicomial, com viés religioso, e não possuem uma equipe técnica para compor a rede de saúde mental. Essa iniciativa é fruto de disputas no campo da saúde mental, marcadas por opositores à luta antimanicomial brasileira e que estiveram presentes ao longo de todo o processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, sendo organizados, predominantemente, por meio da FEBRACT e da ABP, demonstrando ser um segmento complexo e heterogêneo, conforme sinalizado no capítulo 1.

Passos (2017) aponta que desde o início dos anos 1990 esses atores disputam a Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, mediante a sua relevância na conformação da política de saúde mental. Contudo, até 2015, essa coordenação “era representada por pessoas que fizeram parte da organização e construção da reforma psiquiátrica antimanicomial” (MORAES 2021, p.80).

Especialmente a partir de 2015/2016²⁶, verifica-se inúmeros ataques à luta antimanicomial e à RPB, construídos por meio de normativas e resoluções que, mais amplamente, indicam a desconstrução das políticas sociais públicas, com destaque para o questionamento de seu papel. Segundo Delgado (2019, p.1),

Com todas as marchas e contramarchas de um processo complexo, que envolve gestão pública, mobilização social e mudança cultural, a reforma da atenção em saúde mental no Brasil apresentava uma linha relativamente firme e contínua de progresso, desde a década de 1980. É a primeira vez, em cerca de 35 anos, que visivelmente marchamos para trás.

O desmonte da política de saúde mental estabelecida se intensifica com a Emenda Constitucional nº 95, aprovada em 2016, que institui o Novo Regime Fiscal, determinando que em 2017²⁷ as despesas primárias teriam como limite a despesa executada em 2016, corrigida em 7,2%, tendo em vista que os efeitos de uma política de austeridade tendem a permanecer nos dias atuais e que deixa um rastro de retrocessos no cenário público.

²⁶ Passos (2017) nos informa que no final de 2015, houve uma articulação política para tentar evitar o golpe parlamentar, ocasionando assim, a —dança das cadeiras‖ que implicou na mudança de gestão no Ministério da Saúde e suas respectivas coordenações das políticas setoriais. Neste momento, pela primeira vez, assume a gestão da Coordenação Nacional de Saúde Mental um psiquiatra conservador contrário aos princípios da Reforma Psiquiátrica em curso no país.

²⁷ Conforme Moraes (2021, p. 87), entre os dias 08 e 09 de dezembro de 2017, na cidade de Bauru, São Paulo, foi realizado o —Encontro de 30 anos da Carta de Bauru‖. Esse evento reuniu mais de 2.000 usuários, familiares, trabalhadores e trabalhadoras da saúde mental e ativistas de direitos humanos, que tinham por objetivo comemorar o modelo de atenção psicossocial e a criação dos serviços substitutivos em oposição ao modelo manicomial centrado no isolamento social.

De acordo com Cislighi (2021, p.16) “o neoliberalismo conseguiu consolidar uma permanente centralização e concentração de capitais associadas a um brutal fosso de desigualdade entre a apropriação de riqueza social entre os detentores do capital e os trabalhadores”. Já o ultraneoliberalismo²⁸ é iniciado em 2016, com o golpe parlamentar e posse do vice-presidente Michel Temer, no qual “o capital, cada vez mais, para garantir suas taxas de lucro, necessita se apropriar de fundo público dados os limites para a formação de um mercado consumidor diretamente capitalista em tempo de ampliação da pobreza e da miséria” (p.23). Neste é proposto um remodelamento do SUS, com vistas à ruptura da universalidade e da integralidade, um transformismo no sentido do que é o controle social, o fim da gratuidade para todos com o estabelecimento de mecanismos de copagamento e graves retrocessos à uma compreensão da saúde restrita a seus aspectos biológicos.

Para Delgado (2019), os resultados da agenda neoliberal impactam imediatamente a saúde pública e, particularmente, os indicadores de bem-estar e qualidade de vida: o desemprego, no início de 2016, era cerca de 5,5% e, atingiu 12,5%, no primeiro trimestre do governo de Jair Bolsonaro. Mediante isso, vale destacar que há uma variedade de consequências vinculadas ao desemprego, às condições precárias de vida e à desigualdade social, postas pela lógica capitalista ultraneoliberal adotada pelos governos Temer e Bolsonaro e que possuem uma vasta relação com o aumento dos transtornos mentais da população brasileira. Além disso, através de articulação política junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi aprovada em 14 de dezembro de 2017, a Resolução CIT Nº 32 (BRASIL, 2017) que reformula a Raps. Baseando-se única e exclusivamente nessa instância, institui a Portaria GM/MS nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017, que se configura, segundo Duarte (2018), como o novo desenho assistencial da “nova” política de saúde mental.

Para Guimarães e Rosa (2019), pode-se analisar essa política a partir de 4 (quatro) elementos centrais: o primeiro trata da ambulatorialização do cuidado com equipes especializadas, historicamente voltado para a prescrição medicamentosa. Esse elemento traz a desconstrução da lógica de cuidado no território, ancorada pelo acolhimento. Já o segundo elemento traz a remanicomialização da saúde mental, assegurando enorme investimento

²⁸ Freire (2006), a notoriedade atribuída por essas políticas a sociedade civil tem promovido a emergência de novas formas institucionais que conduzem a uma redefinição do espaço público (como esfera não estatal), do sentido atribuído ao direito social como direito universal, tanto quanto da própria noção de cidadania e democracia. Ou seja, estamos diante de um sintoma muito mais grave que o tão mencionado efeito (neo)liberal de redução do gasto público. É esse nítido sintoma que abre e fundamenta os caminhos do que estamos chamando de avalanche ultraneoliberal (FREIRE e CORTES, 2021, p. 34).

financeiro no reajuste de recurso do Governo Federal, que aumenta o valor da diária dos manicômios em média 65%, acompanhado do não aumento de repasse para os Caps desde 2011, intensificando a precarização dos serviços e gerando dificuldades na operacionalização. O terceiro elemento seria a utilização de até 20% dos leitos em Hospitais Gerais para alas psiquiátricas, gerando maior investimento em internações e um investimento reduzido em estratégias de reabilitação psicossocial. Por fim, o quarto elemento aborda a ampliação do aporte financeiro das comunidades terapêuticas de 4.000 para 20.000 vagas, evidenciando a ausência de investimentos na Raps.

Conforme Guimarães e Rosa (2019, p.14),

Há uma disparidade de valores oferecidos por usuário/mês em cada serviço. Para o Governo Federal, um usuário/mês em CAPS AD II, com porta aberta, ou seja, sem limites de atendimento, custa, em média, R\$ 43,00, enquanto o mesmo usuário/mês para uma Comunidade Terapêutica custa aproximadamente R\$ 1.100,00, para no máximo 50 pessoas.

É nítido que a internação em comunidades terapêuticas e no modelo manicomial é o foco central do cuidado. Logo, a partir da Resolução CONAD nº 1/2018, a Política brasileira sobre drogas dá uma verdadeira guinada rumo à tendência predominantemente proibicionista, tendo em vista que se trata de uma proposta que representa um grande retrocesso, fruto de um golpe de Estado, que retoma investimentos significativos em dispositivos antirreformistas e segregadores que limitam o usuário ao diagnóstico e à prescrição medicamentosa.

A proposta de centralização da Política de Saúde Mental nos hospitais psiquiátricos e no financiamento das comunidades terapêuticas com viés religioso propicia inúmeros retrocessos, dentre eles a retomada da lógica da medicalização dos usuários, centrada no saber psiquiátrico e na “saúde da moeda”, isto é, no lucro de empresários da saúde, instituições religiosas e indústrias farmacêuticas, dentre outros, em detrimento do saber científico. Além disso, entre 2016 e 2019, conforme Delgado (2019), a Política Nacional de Atenção Básica sofre alteração, com a dispensa da obrigatoriedade da presença do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, tendo consequências imediatas à descaracterização e fragilização da atenção básica e, além disso, ocorre a ampliação do financiamento dos hospitais psiquiátricos.

Deste modo, compreende-se que diante das premissas neoliberais, da patologização da vida e da mercantilização da saúde, faz-se complexa a realidade que se alastra, com o

redirecionamento de recursos dos Caps para o modelo focado na internação, com o desmonte do SUS, com a insuficiência de qualificação dos profissionais para lidar com essa demanda, com a desresponsabilização do Estado, além dos processos de precarização das relações de trabalho, dentre outros. Outro ponto importante vem sendo a redução do cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em proporção ainda imprecisa, uma vez que o Ministério da Saúde deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental, bem como houve a ampliação do financiamento para 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas e a restauração da centralidade do hospital psiquiátrico (DELGADO, 2019). Além disso, se verifica a baixa cobertura e investimento por parte do poder público, por intermédio dos chamados “novos modelos de gestão” instituídos pela parceria com as Organizações Sociais de Saúde (OSs)²⁹, que surgem no país por meio da lógica da terceirização, precarização e privatização do acesso à saúde com uma larga possibilidade para a gestão pública prover estes serviços.

As Organizações Sociais no campo da saúde mental integram um projeto de desconstrução da proposta da Reforma Psiquiátrica e de luta antimanicomial que se edifica a partir de um conjunto de resoluções que, nos últimos anos, recriaram os hospitais psiquiátricos no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial e redirecionaram o modelo de atenção em Saúde Mental. Entre as principais mudanças consideradas como retrocessos, podemos destacar: a Criação de Hospital Psiquiátrico, Hospital Dia e Unidades Ambulatoriais Especializadas no âmbito das RAPS; inclusão da Eletroconvulsoterapia (ECT) para o tratamento de usuários em determinadas situações; bem como a possibilidade de internação de crianças e adolescentes em enfermarias psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos e ampliação dos serviços de residências terapêuticas religiosas.

Diante disso, compreende-se que o processo de contrarreforma do Estado³⁰ no Brasil permite que a iniciativa privada assuma responsabilidades do cotidiano, transformando dimensões da vida social em negócios. Segundo Menezes (2019, p.71), dessa forma,

²⁹ De acordo com Muylaert et al. (2015, p.3471) As Organizações Sociais são dispositivos usados para a gestão das unidades de saúde, foram formalizadas em 1998, pela lei n. 846, e são definidas por Bresser Pereira como instituto público de direito privado, com um contrato de gestão com o estado e, portanto, é financiada parcial ou mesmo totalmente pelo orçamento público.

³⁰ Embora o termo reforma tenha sido largamente utilizado pelo projeto em curso no país nos anos 1990 para se autodesignar, partimos da perspectiva de que se esteve diante de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista (...). Cabe lembrar que esse é um termo que ganhou sentido no debate do movimento operário socialista, ou melhor, de suas estratégias revolucionárias, sempre tendo em perspectiva melhores condições de vida e trabalho para as maiorias. Portanto, o reformismo (...) é um patrimônio da esquerda (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p.149).

responsabilidades estatais são entregues ao mercado pelo viés da privatização, reforçando a consolidação e a afirmação de um Estado mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital.

Em 2019, o Ministério da Saúde, a Secretaria de Atenção à Saúde, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, lançaram a Nota Técnica nº 11 com Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Essas mudanças retomam a defesa de ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e que o SUS deverá financiar as comunidades terapêuticas como dispositivo da atenção psicossocial, atingindo princípios básicos da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. A este conjunto de ações somam-se as alterações nas regras para o financiamento da Atenção Primária em Saúde no Brasil, por meio do Programa Previne Brasil, publicadas pela Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, no Diário Oficial da União, de 13/11/2019. Segundo o site da Agência do Brasil, a nova portaria determina que para o cálculo do valor a ser repassado para cada prefeitura, o governo deverá levar em conta o número máximo de potenciais usuários da Atenção Primária à Saúde. Sendo assim, em 2020, as cidades brasileiras passaram a receber as verbas referentes à população cadastrada em suas unidades básicas de saúde. A questão central foi o tempo exíguo para o cadastramento da população, que não possibilitou alcançar a sua totalidade e condicionou a redução do financiamento, que foi previsto em R\$ 290 milhões a menos para os municípios em 2020. Já em 2021, devido à pandemia da Covid-19, os municípios receberão R\$ 14 bilhões por meio do Programa Previne Brasil. Para além dessas investidas, o então Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta (janeiro de 2019 - abril de 2020), em meses anteriores à pandemia do novo coronavírus, posicionava-se enfaticamente contra o financiamento público da saúde e a universalização do sistema, avançando na construção de propostas direcionadas a um novo sistema de saúde que, reduz o papel do Estado a comprador de serviços privados (BRAVO; PELAEZ, 2018).

Já a partir do primeiro ano do governo de Jair Messias Bolsonaro (2018), foram ainda mais reduzidos os investimentos para atuação pautada no viés terapêutico, ampliando o discurso banalizador da vida e criando limites objetivos à construção do trabalho na perspectiva da integralidade³¹ da atenção à saúde. Isto porque de acordo com a proposta da

³¹ “A ‘integralidade’ como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois

Política Nacional de Saúde Mental busca-se como modelo de tratamento o resgate da cidadania da pessoa com transtornos mentais, bem como dos usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas através da inclusão social, da reinserção familiar e garantindo-lhes a interação comunitária, livre circulação dos usuários e seus familiares. Segundo o artigo 198, da Constituição Federal de 1988, as ações e os serviços devem ser organizados para proporcionar atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas. Portanto, a base constitucional traz o princípio da integralidade e aborda a questão da interação entre os atores na relação demanda e oferta.

Desse modo, no ano de 2020, com a chegada da pandemia mundial da Covid19³², percebe-se o agravamento da desigualdade social, a partir do amplo movimento de devastação que atravessa a lógica neoliberal, o que na especificidade da saúde mental, tem exigido uma descontinuidade de todas as atividades coletivas nos serviços de atenção psicossocial. Isto leva a um agravamento das condições de saúde de usuários e seus familiares, em condições precárias de trabalho e com pouco ou nenhum recurso político-institucional para o enfrentamento de seus transtornos, somado a estresses advindos do isolamento/distanciamento social.

De fato, vale destacar os desafios que perpassam as relações profissionais no campo das políticas sociais, uma vez que as condições e medidas sanitárias desde o início da pandemia no Brasil foram inúmeras do ponto de vista normativo e jurídico para atendimento nos diversos espaços de atuação profissional. Assim, os profissionais são demandados a todo tempo por uma profunda alteração na dinâmica do cotidiano. Ainda no campo das políticas sociais, o atual quadro sanitário, social e econômico exige maior intersetorialidade, desde o diálogo para apresentar informações adequadas e orientar a população, até a execução dos serviços. Além disso, acredita-se que a articulação profissional e intersetorial motivada por profissionais e gestores na direção de proteção da vida humana possam ser sinalizadas como caminhos possíveis para pensar a complexa equação entre saúde mental e pandemia.

Como visto anteriormente, o processo de precarização e sucateamento instalado e intensificado nos últimos anos nos serviços de saúde mental, foi no início da pandemia da

movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade” (PINHEIRO, 2009, p.5).

³² A Organização Mundial da Saúde (OMS) declara que em março do ano 2020 que se vive uma pandemia do novo coronavírus, chamado de Sars- Cov-2. O anúncio da pandemia reforça a necessidade da adoção de medidas preventivas, como, a lavagem das mãos, o uso frequente de máscara e distanciamento social.

Covid-19, no Brasil, marcado pela ausência do equipamento de proteção individual (EPI) para os trabalhadores, usuários e seus familiares, em um contexto em que o vírus causador da pandemia possuía um estarrecedor potencial de transmissibilidade e levava algumas pessoas contaminadas rapidamente a um estado crítico, chegando a milhares de óbitos. Portanto, há a demanda real e efetiva pelo uso de tecnologias e de equipamentos de proteção, situação que, se não enfrentada, também impacta a saúde física e psíquica dos/as trabalhadores/as deste campo de atuação.

Além disso, de fato, entende-se que o isolamento social trouxe significativas mudanças no cuidado diário das famílias. Sabe-se que a população usuária do serviço de saúde mental é marcada pela desigualdade social e que, muitas vezes, não possui uma rede de apoio efetiva para o cuidado diário. Assim entende-se que o serviço de saúde, em sua maioria, vem a ser o único espaço para proteção desse sujeito, considerando que esse lugar oferta alimentação, refúgio, troca de experiências e visibilidade.

No âmbito doméstico, a mulher e mãe, tem sido histórica e culturalmente vinculada ao cuidado da pessoa com transtorno mental, ainda que se reconheça os avanços conquistados pelo movimento feminista. Desse modo, com o isolamento social, considera-se importante a abordagem sobre o aumento expressivo da violência doméstica, uma vez que a dinâmica familiar foi alterada sem qualquer preparo antecipado e condições necessárias para que isso não viesse acontecer de forma efetiva. Isto porque com a diminuição de investimentos públicos nos serviços de saúde mental, desde 2017, segundo relatório publicado pelo Ipea (2021), ocorre de forma brutal a redução da construção de estratégias para garantir o atendimento para os usuários e familiares, ressaltando nesse contexto, a importância da realização das visitas domiciliares pela equipe técnica.

Desse modo, fica evidente que apesar da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) possuir como diretrizes fundamentais para sua configuração o cuidado territorializado e a reinserção social da pessoa com transtorno mental, considera-se que, desde o ano de 2016, até os dias atuais, englobando a pandemia da Covid-19, as ações propostas têm se aproximado do modelo asilar com as medidas contrárias à luta antimanicomial, ainda que se reconheça as resistências e lutas sociais neste contexto. Tais questões apresentadas neste capítulo se constituem como elementos necessários para serem tratados por pesquisadores, integrantes do movimento antimanicomial, profissionais, estudantes, familiares e população usuária desses serviços. Portanto, se faz necessário uma análise crítica e permanente sobre a política de saúde mental e sua articulação com os princípios do SUS e do projeto da

Reforma Psiquiátrica, uma vez que a proposta está relacionada ao acesso universal aos serviços substitutivos, assim como a integralidade e a territorialidade, que inclusive são os temas prioritários da Política Nacional da Promoção da Saúde, buscando promover o desenvolvimento sustentável e equânime por meio de uma oferta de serviços através da Raps em cada território.

Desta análise do diálogo entre as políticas no atual cenário nacional, percebe-se o agravamento a partir do amplo movimento de devastação que atravessa a lógica neoliberal³³, visto que o transtorno mental perpassa o modelo biológico, mediante isso, reforça-se a ideia de que “trancar não é tratar”. Por isso, a discussão vem sob a égide de tal afirmação que se faz necessário reconhecer o contexto político vigente e seu impacto na vida da pessoa em situação de sofrimento psíquico, criando estratégias para a desinstitucionalização, a superação do estigma e para a despatologização da vida.

Mais que isso: é preciso construir estratégias contra hegemônicas por dentro do capitalismo. Conforme Pereira (2020, p.6),

Todo esse movimento faz parte do atual processo mundial de refuncionalização do Estado para servir aos interesses econômicos à custa de uma invulgar desigualdade como principal implicação social contemporânea. Isso porque, agora, é o mercado que rege as políticas sociais e não o Estado.

Assim, a centralidade do modelo defendido pelo atual governo retorna à hospitalização em âmbito psiquiátrico, fator este que vai na contramão do acúmulo de conhecimento em pesquisas, debates, leis e ações desde a década de 1970. É a retomada do senso comum aniquilando anos de dedicação em pesquisas junto a usuários, em nome de uma política engessada, reducionista, elitizada e higienista. Inclusive faz-se necessário considerar a importância da discussão sobre o lugar dos usuários de álcool e outras drogas na política de saúde mental diante desse cenário, bem como sobre as mudanças propostas pela Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas³⁴. Em síntese, no campo da saúde mental, as medidas tomadas pelo governo federal a partir de 2016 (leia-se governo Temer e continuadas no governo Bolsonaro), possuem o objetivo de atribuir

³³ Para Passos (2017), essa realidade aponta para 3 projetos em disputa no âmbito da saúde mental, são esses: 1º) a proposta radical de Reforma Psiquiátrica, pautada na Luta Antimanicomial; 2º) a proposta de manutenção da perspectiva manicomial tradicional; 3º) a proposta de uma Reforma Psiquiátrica simpática às mudanças de caráter meramente legislativo e assistencial.

³⁴ De acordo com Guimarães e Rosa (2019, p.131), a Política de saúde mental, álcool e outras drogas constitui-se uma arena de disputa, com explícitos interesses econômicos e políticos, apontando para uma correlação de forças sob hegemonia de entidades evangélicas, leia-se Comunidades Terapêuticas, e médicas, na perspectiva de desmonte do que foi construído pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

novamente ao hospital psiquiátrico um papel estratégico no “cuidado” de pessoas com transtorno mental. Para Guimarães e Rosa (2019), o processo de remanicomialização que vem passando a Política Nacional de Saúde Mental faz parte de um projeto mais amplo de desmonte do SUS e de sua universalidade.

Conforme Delgado (2019), a reforma psiquiátrica é uma construção lenta e sólida, mas está sob risco. Sabe-se que as novas diretrizes para a Política de Saúde Mental a serem implementadas no Brasil pelo governo de Bolsonaro, que tiveram início no governo Michel Temer, vem sendo consonantes com o sentido do governo de extrema direita em geral. Isto porque representa ataques frontais às lutas por direitos humanos, pela humanização do acompanhamento das pessoas com transtorno mental, contra a lógica manicomial e diversas conquistas que foram fruto de décadas de luta dos movimentos sociais, profissionais da saúde, familiares e dos usuários, muitas das quais foram parcialmente consolidadas pela reforma psiquiátrica de 2001. Muitas notas técnicas são fundamentadas por meio de uma lógica autoritária, restritiva, centrada no lucro, no saber psiquiátrico, do fortalecimento da lógica da medicalização dos usuários, desqualificando a fundamentação das investigações científicas.

Como vimos, o campo da saúde mental é marcado por muitas disputas e atravessado por distintos interesses. Conforme Moraes (2021), em meio à pandemia de covid-19, no dia 04 de dezembro de 2020, o governo federal colocou em pauta no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) propostas de revisão da atual Política de Saúde Mental, que incluem a revogação de cerca de cem portarias editadas entre 1991 e 2014. A própria expressão “dependentes químicos”, no texto da Portaria nº437/ 2020, a respeito dos Centros de Referência em Dependência Química (CEREDEQ), demarca retrocessos na concepção dos usuários de álcool e outras drogas como sujeitos de direitos, além de fortalecer as comunidades terapêuticas como centros de referência a serem financiados com recursos públicos (BRASIL, 2020a). Seguindo essa tendência, em 2021 foi posto em votação na Assembleia Legislativa do estado do Rio de Janeiro o Projeto de Lei nº 565/ 2019, de autoria do deputado estadual e pastor Samuel Malafaia, irmão do pastor Silas Malafaia, árduo defensor das Comunidades Terapêuticas. Esse PL apresenta as Comunidades Terapêuticas como política pública permanente na atenção aos usuários de drogas (RIO DE JANEIRO, 2019).

Todos os elementos apresentados contribuem para análise dos ataques à Política de Saúde Mental na conjuntura brasileira recente (com recorte temporal de 2016), apontando

para o fortalecimento dos hospitais psiquiátricos, das Organizações Sociais e de comunidades terapêuticas com vínculos religiosos na oferta dos serviços de saúde mental, em uma lógica de remanicomialização dos serviços e de mercantilização da vida. Diante disso, na próxima seção nos aproximaremos de estudos que apontam para os principais atores responsáveis pela organização política e resistências à remanicomialização da saúde mental no Brasil e, especialmente, no Rio de Janeiro, por se tratar do estado em que realizamos a pesquisa de campo.

2.2 ORGANIZAÇÃO POLÍTICA E RESISTÊNCIAS À REMANICOMIALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA CONJUNTURA BRASILEIRA CONTEMPORÂNEA

Há um movimento. Há uma luta. Há um movimento de luta. É curiosa a forma como decidiram nomear no Brasil o processo político pelo fim dos manicômios: Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. Não é só movimento, nem só luta: tal nomeação nos remete a uma luta em movimento e um movimento constante de luta (MARTINS et al, 2017, p.221).

O reconhecimento do movimento, da luta e das disputas no campo da saúde mental tem sido objeto de preocupação nesta dissertação. Nessa direção, este item propõe se aproximar de estudos (ainda restritos) que contribuem para reforçar a importância da organização política e resistências à remanicomialização da saúde mental no contexto contemporâneo, sugerindo inclusive, a necessidade de outros estudos que metodologicamente recorram à pesquisa de campo.

Inicialmente, a leitura dos documentos e bibliografias apontam para um processo de interiorização do movimento nacional de luta antimanicomial por meio de movimentos estaduais e locais defensores da reforma psiquiátrica, ainda que no contexto contemporâneo, Passos (2017), identifique projetos em disputa no âmbito da saúde mental, assegurando que a Reforma Psiquiátrica tem sido defendida por meio de uma proposta radical, pautada na luta antimanicomial e por uma proposta “simpática” às mudanças de caráter legislativo e assistencial.

Ainda assim, nota-se que a ampliação da luta antimanicomial envolve a articulação com outros movimentos sociais; a política partidária; as instituições de ensino superior, por meio de seus grupos/núcleos de pesquisa; com o protagonismo de profissionais, a participação de usuários e familiares no cotidiano dos serviços e da vida em sociedade; além de intervenções culturais, eventos festivos e trocas afetivas, em uma perspectiva que

objetiva a desinstitucionalização do próprio movimento de luta antimanicomial, dentre outros.

Para Martins et al (2017, p. 234) é fundamental reconhecer a cidade como espaço de luta e contradições, compreendendo que a luta faz parte da busca de uma sociedade livre de opressões. Por isso, faz-se importante reconhecer e conhecer o território e suas particularidades, assim como a atuação de movimentos sociais enquanto espaços potentes de acolhimento e importantes para formação e articulação política no campo da atenção psicossocial.

Conforme tratado no capítulo 1, a luta antimanicomial está articulada à reforma sanitária e ao movimento dos anos 1970, por meio de lutas e mobilizações dos trabalhadores da saúde unidos à população e contra o sistema de saúde vigente naquela época. A principal proposta da reforma sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com seus princípios organizativos e doutrinários; a redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e o efetivo financiamento do Estado (CFESS, 2010, p.19).

Para Paiva e Teixeira (2014), a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e três anos depois a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), ambos no Rio de Janeiro, fizeram despontar os principais autores da reforma sanitária brasileira. Quanto à participação da população na reforma sanitária, destaca-se o movimento popular pela saúde, surgindo a partir de grupos apoiados pela Igreja católica e pela militância de esquerda nas periferias mais pobres das grandes cidades, ganhando expressão nacional na década de 1980, enfatizando a demanda por controle social dos serviços de saúde, objetivando a melhoria da qualidade dos serviços prestados em saúde, bem como das condições de vida que viabilizassem a conquista da saúde.

Nesse contexto e conforme sinalizado ao longo desta dissertação, o Movimento Nacional de Luta antimanicomial (MNLA) surge em 1987, a partir do engajamento de trabalhadores de saúde mental que lutavam contra as violações aos direitos humanos de usuários internados em manicômios, tendo como lema “trancar não é tratar”. Atualmente esse movimento luta pela ampliação da rede psicossocial de serviços comunitários, o fim

definitivo dos manicômios que se concentram em Sorocaba, no Estado de São Paulo, além de denunciar retrocessos relativos à saúde mental³⁵.

Conforme Brun e Gomes (2019, p.2),

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial caracteriza-se como o combatente, o opositor à ideia de hospitais psiquiátricos arcaicos, retrógrados, resistentes à reforma psiquiátrica. Busca com suas lutas diárias, o fim da mercantilização da loucura, a desospitalização, a desinstitucionalização e visa a criação de serviços alternativos de atendimento, a melhoria dos já existentes como os CapsI e a ampliação de serviços complementares.

Assim como o MNLA enquanto um movimento contemporâneo que possui identidade no cenário dos novos movimentos sociais do Brasil, se faz necessário considerar que a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) tem um papel importante, visto que se trata de uma organização não governamental fundada em 2007 e que possui como principal finalidade o apoio e articulação para familiares, usuários, conselhos de profissionais e movimentos sociais, dentre outros.

No cenário político-partidário brasileiro os atores defensores da luta antimanicomial encontram-se engajados em diversas frentes. De acordo com matéria publicada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (2012), uma delas é a Frente Parlamentar da Luta Antimanicomial, coordenada pelos deputados Adriano Diogo, do Partido dos Trabalhadores (PT) e Carlos Giannazi, do Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), lançada no dia 21/05/2012, com a participação de representantes de segmentos como Fórum Popular de Saúde Mental, Frente Estadual Antimanicomial e do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA).

Nos últimos anos percebe-se uma maior articulação nas redes sociais, principalmente no que tange ao uso da internet enquanto um instrumento para divulgação de eventos, publicações e debates que promovam a defesa de uma “sociedade sem manicômios”. Com apoio da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e da Frente Estadual Antimanicomial de São Paulo, a Frente Parlamentar Mista em Defesa da Reforma Psiquiátrica propõe-se a acolher os diversos movimentos e entidades do campo da saúde, saúde mental, e outras áreas, avançando tanto na defesa da Reforma Sanitária, como na defesa da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial no Estado, tendo por premissa o direito à saúde por meio dos princípios doutrinários e organizativos do SUS³⁶.

³⁵ Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/alesp/banco-imagens/detalhe/?id=155702>.

³⁶ Disponível em: https://www.abrapso.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=1071

No Distrito Federal, a Frente Parlamentar Mista em Defesa da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial é coordenada pela deputada federal Erika Kokay (PT-DF), composta por deputados e senadores que atuam na defesa da necessidade de políticas públicas voltadas à saúde mental³⁷.

A Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul criou a Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica em junho de 2021, proposta pelos deputados Valdeci Oliveira (PT) e Zé Nunes (PT), tendo como objetivo fortalecer a luta antimanicomial e a necessidade de políticas públicas voltadas à saúde mental, no contexto da reforma psiquiátrica, para o enfrentamento do "desmonte das políticas públicas" no setor da saúde³⁸.

A Frente Ampliada de Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial (FASM) elaborou o documento “Diretrizes para um modelo de atenção integral em Saúde Mental no Brasil” em 2020, com o apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), com manifestações da sociedade organizada contra os retrocessos legais da saúde mental. A FASM possui mais de 3.400 pessoas em Grupos de Trabalho, contando com um sistema de comunicação, alcançando mais de 12 mil seguidores nas redes sociais³⁹.

A Frente Parlamentar em Defesa da Saúde Mental e da Luta Antimanicomial, da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj), luta pela afirmação da Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica, pela extinção dos manicômios, a favor da liberdade e da inclusão social, garantindo os direitos já assegurados aos usuários da saúde mental, conforme afirma o deputado Flávio Serafini (PSOL), presidente da Frente Parlamentar⁴⁰.

No Estado do Rio de Janeiro há o destaque para o Núcleo Estadual do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) do RJ – NEMLA, formado por militantes e pesquisadores do campo político social que tem protagonizado a luta e defesa de uma sociedade sem manicômios.

Em relação ao nome do núcleo, Martins et al (2017, p.227) ressaltam que a sua extensão não é diferente da complexidade da sua organização, uma vez que nele se misturam trabalhadores da rede de saúde, usuários desses serviços, seus familiares e todos aqueles que, de alguma maneira, se identificam com a bandeira “por uma sociedade sem

³⁷ Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/715472-frente-em-defesa-da-luta-antimanicomialpromove-debate-nesta-terca-feira/>

³⁸ Disponível em: <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/geral/assembleia-instala-frenteparlamentar-em-defesa-da-reforma-psiqui%C3%A1trica-1.646317>

³⁹ Disponível em: <https://www.instagram.com/frentesaudental/>

⁴⁰ Disponível em: <https://flavioserafini.com.br/frente-parlamentar-em-defesa-da-reforma-psiquiatria/>

manicômios”. Trata-se de uma luta que está diretamente ligada a tantas outras, em um momento de grandes batalhas em prol da transformação da sociedade (AMARANTE, 1995).

Martins et al (2017, p. 227), acrescentam ainda que uma estratégia de intervenção antimanicomial na cidade do Rio de Janeiro é a desenvolvida pelo coletivo Madame Surtô, que se constituiu como um coletivo que emerge de dentro do NEMLA para convidar as pessoas para um “contágio antimanicomial” a partir de trocas e doações de roupas pela cidade do Rio de Janeiro. Observa-se que o próprio nome “surto” é reconhecido como atrativo, sendo uma experiência positiva para o movimento. Dessa forma, ocorre uma maior proximidade e interação através das experiências de convivência⁴¹.

Outra estratégia de intervenção na cidade diz respeito aos eventos festivos, bem como as intervenções culturais. Conforme Martins et al (2017, p. 228), é numa encruzilhada mais conhecida como “Bar das Putas” que os antimanicomiais se encontram para noites de afirmação política, trocas afetivas e uma festa que, há alguns anos, reúne militantes de esquerda, usuários de saúde mental, trabalhadores, cidadãos, festeiros, boêmios: a cidade! Compreende-se que os encontros festivos são um ato de resistência e que ocupam as ruas da cidade carioca. Assim, as autoras reconhecem (2017, p.228), o manicômio submetido a outros movimentos sociais e rechaçado não apenas como instituição, mas como saber e lugar social que constrói modos de ser enrijecidos e domesticados.

De fato, compreende-se que diante da precariedade dos vínculos de trabalho, da privatização dos serviços de saúde e do desmantelamento do Sistema Único de Saúde (SUS), o NELMA/RJ tem sido um aliado estratégico. Desde sua formação, também une forças à Frente Estadual de Drogas e Direitos Humanos, parceria fundamental na luta contra as internações compulsórias, comunidades terapêuticas e pela implementação e concretização de uma assistência intersetorial a pessoas e grupos com demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Conforme Martins et al (2017, p.233)

O Fórum de Trabalhadores de Saúde Mental e a Associação de Cuidadores do Estado do Rio de Janeiro (ACIERJ) têm sido, atualmente, os dois coletivos de trabalhadores mais próximos ao NEMLA/RJ, pautando as condições de trabalho e as consequentes fragilidades da assistência prestada em uma rede de saúde precarizada

⁴¹ Pessoas se aproximam, querendo saber quem é a “madame”, que coletivo é esse e o que significa ser antimanicomial. Conversas sobre a violência dos manicômios, mas também sobre as vidas que resistem, as novas práticas e experiências – nascem nas trocas de roupas entre os próprios integrantes do coletivo, os desconhecidos e os novos amigos que dali se formam. Trocam-se experiências, histórias, relatos, ideias, além de as trocas falarem de uma aposta em uma vida que também se contrapõe ao consumo. Surgem novas amizades, também parcerias com outros movimentos sociais e outros coletivos igualmente interessados em intervir na cidade (MARTINS ET AL, 2017, p. 228).

pela privatização, intensificada com a imensa ampliação das Organizações Sociais. Associações de usuários e familiares dos Centros de Atenção Psicossocial também estão presentes e têm presença central nas problemáticas e propostas para a rede de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro mais diretamente, mas como acúmulos que se expandem para o cenário nacional.

O NEMLA/RJ também teve uma expressiva participação no processo de resistência ao golpe imposto pela burguesia ao governo petista, em 2016. Segundo Martins et al (2017, p. 233), é diante deste cenário e das medidas de austeridade anunciadas com forte impacto para as políticas sociais, que diversos militantes e trabalhadores do campo da saúde engrossam o processo de ocupações deflagrado no país e dão início ao OcupaSUS⁴² que se trata de um movimento que tem organizado atividades que debatem a Reforma Sanitária no Brasil.

No meio acadêmico podemos exemplificar a atuação do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUPPSAM/IPUB/UFRJ), com publicação de artigos científicos, desenvolvimento de pesquisas, organização de congressos, ações políticas e culturais, divulgação de conteúdo, informações e promoção de encontros, mobilizando e articulando os trabalhadores, usuários e familiares, como estratégia de luta pela saúde mental, e também através da Frente Estamira de CAPS, operando em defesa da saúde mental pública, territorial, comunitária e democrática ⁴².

No contexto de disputas ainda se observa vários movimentos sociais na atual conjuntura brasileira, visto que apesar dos intensos ataques que as políticas públicas vêm sofrendo ao longo de todo esse período, ocorre também uma intensificação e amplificação dos movimentos antimanicomiais no país. Cada Estado brasileiro entendendo a importância da reunião e compartilhamento de suas experiências no campo da saúde mental (FRAZÃO, 2019).

Entende-se que são inúmeros desafios que surgem no cotidiano dos serviços, estimulando a integração dos territórios na busca por estratégias de resistência comuns, visando o fortalecimento mútuo. Segundo Flores et al (2018, p.1), os movimentos colocam em discussão os desafios, compreendendo a importância do fortalecimento do movimento social participativo; a disputa de sentido do que é a atenção em saúde mental, junto à

⁴² O movimento Ocupa SUS, organizado após ações do governo interino de Michel Temer, que já ocupou as sedes do Ministério da Saúde (MS) na Bahia, Minas Gerais, Santa Catarina e Rio de Janeiro, tem envolvido estudantes, profissionais de saúde, movimentos sociais e representantes do movimento da Reforma Sanitária em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). Fonte: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias/71c9a7bddd9f0d9b5595f9dc426a703/> ⁴²
Disponível em: <https://www.nuppsam.org/o-nuppsam/>.

sociedade local, mas também junto aos trabalhadores, acadêmicos e usuários; o fortalecimento de uma rede paralela aos serviços e a gestão municipal, que possa se posicionar frente ao desinvestimento em relação à Raps e a desvirtuação das diretrizes da reforma; a constituição de um espaço de trocas mais transversais entre os diversos atores implicados na luta por uma sociedade sem manicômios e com arranjos e tecnologias sociais para a atenção e a inclusão de usuários da saúde mental e seus familiares.

No que tange à organização política e de resistência da Baixada Fluminense no Estado do Rio de Janeiro, em especial na cidade Duque de Caxias, compreende-se que a construção da atenção aos usuários da Política de Saúde Mental dessa cidade ocorre como resposta ao fim da Casa de Saúde Doutor Eiras em Paracambi, iniciado em 2000 e concluído em 2012. Sabe-se que tal fato exigiu a construção e ampliação dos serviços de saúde mental, uma vez que o município de Paracambi atendia ao público oriundo da Baixada Fluminense. Conforme a pesquisa realizada por Miranda, Oliveira e Santos (2014), esse cenário revelou alguns tensionamentos importantes referentes à política de saúde mental na Baixada Fluminense. As autoras afirmam que o setor de serviços cresceu significativamente nos últimos anos, porém, a região ainda apresenta os menores índices de desenvolvimento humano do Rio de Janeiro, além da precariedade nos serviços de saneamento básico, transporte público, habitação, segurança e saúde.

Neste contexto, verifica-se algumas frentes de resistência no município, tal como a presença do Núcleo de Pesquisa, Estudo e Extensão em Serviço Social, Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (NUPESS/UFRRJ), que buscou construir junto com os profissionais, militantes e estudantes estratégias de organização e mobilização política pautada na defesa dos direitos humanos, na cidadania e na emancipação, por meio da realização de ações de extensão universitária, tendo como objetivo o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município, no entanto, posteriormente, o núcleo foi extinto.

Vale ressaltar também a expressiva atuação da Frente Estamira de Caps⁴³, que surge após a realização do I Congresso de Caps do Estado do Rio de Janeiro, que ocorreu em dezembro de 2019 pelo Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUPPSAM/IPUB/UFRJ) em que reuniu 63 dos 92 municípios do Estado, dentre eles, o município de Duque de Caxias. A Frente Estamira de Caps surge enquanto articulação

⁴³ De acordo com informações disponíveis em: <https://resistenciaeinvencao.wpcomstaging.com/quemsomos/>

política e estratégia de luta coletiva, de resistência e invenção da Saúde Mental, que visa ofertar apoio técnico aos serviços Caps do estado, a partir da perspectiva regional, mediante a atual conjuntura sociopolítica-econômica.

Diante das informações e dados mencionados ao longo do capítulo, verifica-se inúmeros ataques à nova política de saúde mental e os processos de resistência aos mesmos sejam no contexto nacional, em estados e municípios. Diante disso, no próximo capítulo pretende-se inicialmente aprofundar os estudos a respeito das particularidades do município de Duque de Caxias na Baixada Fluminense, com o posterior objetivo de abordar o processo de construção da Raps no município.

3 A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM DUQUE DE CAXIAS - RJ

Na primeira parte deste capítulo abordaremos as particularidades do município de Duque de Caxias na Baixada Fluminense, tendo por objetivo uma aproximação em relação aos seus aspectos históricos e sociodemográficos. Posteriormente, pretende-se analisar o processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial neste Município. Para esta análise, buscaremos identificar os conflitos e correlações de forças existentes ao longo deste processo.

Para o segundo item proposto, optamos pela realização de pesquisa de campo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo CAAE 47314621.3.0000.5243. Para tanto e conforme sinalizado na metodologia, recorreremos à pesquisa de tipo qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas⁴⁴ (roteiro em apêndice 1), reconhecendo que este tipo de pesquisa objetiva estudar os fenômenos e relações em seu contexto social, compreendendo-os a partir dos significados que as pessoas os atribuem, possuindo nesta direção, o princípio preponderante da não generalização (BOURDIEU, 2006). Tais entrevistas foram realizadas virtualmente por meio da plataforma *Google Meet*, com 05 sujeitos que protagonizaram o processo de construção da Raps em Duque de Caxias, sendo previamente agendadas. Ocorreram nesta modalidade devido à gravidade da pandemia da Covid-19.

Os resultados da pesquisa descritos e analisados nos itens subsequentes, além de não possuir o objetivo de generalização, representam a expressão de sujeitos que fizeram parte do processo de construção da Raps, em Duque de Caixas/RJ, e que foram selecionados a partir de seu reconhecimento e indicação de profissionais, atuantes na Raps atualmente e das próprias entrevistadas durante as entrevistas, ainda que se reconheça a possível existência de outros sujeitos que também protagonizaram o movimento de construção da Raps no município.

A opção por este tipo de seleção das entrevistadas baseou-se na amostragem não probabilística “bola-de-neve” (*snowball*), que recorre a redes de referência ou indicações, em que é selecionado/a um/a entrevistado/a que possui as qualidades necessárias para a participação na pesquisa, solicitando ao mesmo/a que indique outro/a (s) que possua as mesmas qualidades. Além disso, para a pesquisa de campo, recorreremos ao Termo de

⁴⁴ Este roteiro permitiu a flexibilidade de sua organização e ampliação dos questionamentos à medida que as informações foram fornecidas pelos/as entrevistado/as (FUJISAWA, 2000).

Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 2), resguardando a participação voluntária e o sigilo quanto ao nome dos/as entrevistados/as, bem como a garantia de nenhum risco de vida aos mesmos.

Por fim, na fase de tratamento dos resultados, recorreremos ao materialismo histórico-dialético (MHD), seus princípios e categorias, com o objetivo de contribuir para ampliação de conhecimentos científicos, além de possibilitar aos trabalhadores da política de saúde mental e ao movimento de luta antimanicomial elementos para defesa da qualidade dos serviços e, mais amplamente, a defesa de uma sociedade sem manicômios.

3.1 AS PARTICULARIDADES DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS NA BAIXADA FLUMINENSE: ELEMENTOS HISTÓRICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS

Nesse item abordaremos aspectos históricos e sociodemográficos do município de Duque de Caxias, no Rio de Janeiro, com o objetivo de nos aproximarmos da realidade local e dos principais elementos que a perpassam, tais como: o coronelismo como embrião da violência naturalizada no município; ações arbitrárias no campo político, a fim de controlar a “terra-território”; a relação com o município do Rio de Janeiro (capital fluminense) e as concepções que o perpassam: de cidade-dormitório a produtor de riquezas e desigualdades sociais pertencente à região metropolitana.

Tais elementos são tratados por Alves (2019), no livro “Dos barões ao extermínio: uma história da violência na Baixada Fluminense”, que retrata o tempo do poderoso coronelismo, sobretudo dos fazendeiros-barões da cana-de-açúcar e do café, como o embrião da violência naturalizada, baseada na brutalidade, semelhante ao barbarismo, ao subjugar e matar escravos recém-libertos considerados bandidos, além das ações arbitrárias no campo político, a fim de controlar a “terra-território”, que naquela época também se tratava de uma rota ferroviária comercial.

O nome do município homenageia Luiz Alves de Lima e Silva, o Duque de Caxias, nascido em 25 de agosto de 1803 e falecido em 7 de maio de 1880, chamado de “o Pacificador” ou “o Marechal de Ferro”, um dos mais importantes militares e estadistas do Império do Brasil, que passou boa parte de sua infância na fazenda de seu avô materno, na região que atualmente compreende o município de Duque de Caxias, no Rio de Janeiro (PEIXOTO, 1973).

Algumas frases memoráveis atribuídas ao Duque de Caxias (Figura 2), como: “(...) mais militar que político, eu quero até ignorar os nomes dos partidos que, por desgraça,

entre vós existem”⁴⁵ e “Tirem-me meus generais, mas não me deixem sem meus capelães”⁴⁶⁴⁷, apresentam ao mesmo tempo o político e militar habilidoso, negociador na vida pública do Império, tanto nas guerras quanto nos gabinetes do parlamento, do governo central e da diplomacia imperial (XAVIER, 2018, p.83).

Figura 2. Duque de Caxias



Fonte: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (S/D)⁴⁷

Além de Luiz Alves de Lima e Silva, o município é marcado por mitos locais como Getúlio Barbosa de Moura (1903-1981) e, especialmente, Natalício Tenório Cavalcanti de Albuquerque (1906-1987), conhecido como o "Homem da Capa Preta".

(Figura 3). Ambos recorriam à violência e barbárie, valendo-se da ignorância política da população, a fim de angariar votos, servindo de embrião à futura criação de grupos controladores do território que, mais recentemente, recorrem ao cabeamento ilegal de internet e da comercialização de gás e água (ALVES, 2019; OLIVEIRA, 2021).

⁴⁵ Disponível em: <https://www.ponteiro.com.br/vf.php?p4=6073>

⁴⁶ Disponível em: <https://www.pensador.com/frase/MTk0NDYyOQ/>

⁴⁷ Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/noticia/?id=373603>

Figura 3. Tenório Cavalcanti, o "homem da capa preta", dominou a cena política na Baixada Fluminense dos anos 1950.



Fonte: Andrade, 2016⁴⁸

Neste contexto, os municípios da Baixada Fluminense vão aos poucos se tornando “cidades-dormitório”, dada a relação econômica direcionada pelos governantes com a cidade do Rio de Janeiro. A Baixada torna-se então uma periferia, carregando em seus trens, trabalhadores que se destinavam ao trabalho na capital do país. Dessa forma o crescimento demográfico, sem investimento em ações estruturantes, nessa “periferia da periferia” (ALVES, 2019, p. 111), acaba por estabelecer conflitos de poder sobre os territórios da Baixada Fluminense. Conflitos marcados por disputas político-partidárias, desvalorização da democracia, força policial utilizada para fins políticos, coronelismo e clientelismo, com a prática de nepotismo na política, engendrando historicamente o estigma da violência no território em questão, a partir de “mitos” locais.

Diante disso e para essa abordagem, optamos por dividir essa seção em dois subitens: no primeiro, trataremos da reestruturação econômica e territorial da Baixada Fluminense e, no segundo, aprofundaremos os aspectos históricos do município de Duque de Caxias acima mencionados, desde a sua concepção como “cidade-dormitório” até a sua inclusão como região metropolitana do Rio de Janeiro.

⁴⁸ Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/eleicoes/2016/noticias/2016/09/18/homem-da-capapreta-e-um-dos-mitos-da-violencia-na-baixada-fluminense.htm>

3.1.1 Reestruturação econômica e territorial na Baixada Fluminense

Ao longo do século XX, as transformações ocorridas na Baixada Fluminense, marcadas pela recuperação de antigas bases produtivas (galpões, armazéns, retroportos, garagens, firmas logísticas etc.) e por investimentos privados no campo habitacional e industrial, reestruturaram a sua configuração territorial e produtiva (ROCHA, 2015).

Os municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Guapimirim, Itaguaí, Japeri, Magé, Mangaratiba, São João de Meriti e Seropédica constituem geograficamente a região, que no total, é integrada por 13 municípios (Figura 4). Nestes municípios, residem cerca de 3,7 milhões de habitantes, concentrando 22,57% da população do estado do Rio de Janeiro⁴⁹.

Figura 4. Mapa da Baixada Fluminense – RJ.



Fonte: site acimabaixada (www.acimabaixada.com).

A Baixada Fluminense transformou-se em um polo atrativo econômico para os mais variados investimentos, considerando o ramo hoteleiro, imobiliário e industrial, associados ao Arco Rodoviário Metropolitano, com o encurtamento das distâncias, ícone dessa revolução logística e industrial (ROCHA, 2014). Essa reconfiguração territorial e produtiva repercute nas relações de poder estabelecidas em um novo modelo econômico, com o advento de novos investimentos industriais e economias de escala, os quais abrangem desde a consolidação do Distrito Industrial de Queimados, o polo de cosméticos de Nova Iguaçu, os complexos químico farmacêuticos da Bayer, em Belford Roxo e o gás-químico da Refinaria de Duque de Caxias (REDUC) (MORAIS, 2014).

⁴⁹ Disponível em: <http://olerj.camara.leg.br/retratos-da-intervencao/desigualdade-na-baixada-fluminense>

Da mesma forma, o crescimento do ramo industrial-produtivo, fez emergir alterações espaciais que levam à constituição de infraestrutura capaz de abarcar esse desenvolvimento econômico, com a criação de áreas habitacionais, a ampliação da Via *Light*, configurando uma nova geografia da Baixada Fluminense, nascida do desenvolvimento, com a compreensão do potencial para oportunidades de negócios diversificados (OLIVEIRA, 2014b). No entanto, vale salientar que a construção da Transbaixada, que perpassaria a Via *Light* até a Rodovia Washington Luiz (BR-040), deixada apenas no papel, por conta de denúncias de corrupção no ano de 2011, ganha novo fôlego com o programa do atual governo do estado do Rio de Janeiro, o “Facilita Rio”, que consiste em concessões de serviços e ativos estaduais que serão assumidos pela iniciativa privada nos próximos anos⁵⁰.

Retornando ao tópico sobre o crescimento da Baixada Fluminense, este se intensificou na década de 1940, com a emancipação do município de Duque de Caxias, a partir do desmembramento do território de Nova Iguaçu, originando também os municípios de Nilópolis e São João de Meriti e, nos anos de 1990, propiciaram o surgimento de outros quatro municípios: Queimados, Belford Roxo, Japeri e Mesquita (BROTTO, 2012).

Para Brotto (2012, p.158) devem ser considerados aspectos sócio-ocupacionais do território, os quais revelam a existência de “significativos vazios sociais, quanto à desorganização do espaço urbano, o que decorre do processo de ocupação, industrialização, valorização e representação social aplicado”. Dessa forma, o investimento dos recursos públicos e sua gestão adequada são necessários a fim de potencializar as transformações sociais, ampliando e qualificando políticas direcionadas ao bem-estar geral da população.

Assim, seria preciso investir em estratégias que permitissem o redirecionamento das ações desempenhadas pelo conjunto das estruturas que compõem a máquina pública municipal e, por conseguinte, promovam o pleno desenvolvimento de sua capacidade, possibilitando uma modernização dos instrumentos de gestão e um fortalecimento dos canais de comunicação com a sociedade e seus respectivos agentes, públicos e privados, dadas as contradições econômicas e sociais existentes e a cultura política fortemente assentada no autoritarismo e no clientelismo político (BROTTO, 2012, p.158).

Para Rocha (2015) a tecitura territorial expressa o campo de poder que envolve sua construção, englobando aspectos materiais e imateriais, lutas e ações de representatividade, sendo dinâmica sua constituição, enfatizando muito mais o uso que se faz do território, do que o território propriamente dito, indo para além de espaço geográfico, como no caso da Baixada Fluminense, com sua reestruturação efetuada em um contexto de capitalismo

⁵⁰ Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/rio/uma-nova-esperanca-para-transbaixada-sair-dopapel-25045638.html>

avançado, uma vez que permanecem estruturas antigas a despeito de investimentos tecnológicos, ao mesmo tempo em que perduram “certos comandos oriundos de mecanismos globais que impõem novas lógicas de produção e articulação produtiva” (ROCHA, 2015, p. 4).

A princípio, a Baixada Fluminense é conhecida por características como pobreza, miséria e falta de estrutura urbana (ROCHA, 2014), de tal forma que alguns autores a utilizam como exemplo, ao definirem a noção de periferia: “assim, a reestruturação econômica e urbana envolve também predicados à sua representação no contexto maior do Estado do Rio de Janeiro” (ROCHA, 2015, p. 4).

A necessidade de expansão geográfica do capital, materializada na incorporação e valorização do uso do solo, produz novas ‘geografias econômicas’. A região metropolitana do Rio de Janeiro, em sua singularidade, vai expressar hodiernamente a complexidade da reestruturação. Embora sua periferia urbana apresente novos vetores de investimentos, o indicador social não acompanha o ‘fluxo de desenvolvimento’. Embora surjam novas formas espaciais, há a persistências de espacialidade de segregação por diferentes localidades. O território vai guardar as marcas da reestruturação: a Baixada Fluminense é esse território (ROCHA, 2015, p. 14).

A respeito da industrialização ocorrida no Brasil no início do século XX, vamos encontrar em destaque o papel produtivo da Baixada, com o aumento da demanda na produção industrial, havendo a ocupação dos espaços com o menor custo possível, tornando a Baixada Fluminense o principal polo de desenvolvimento industrial do Rio de Janeiro (Figura 5).



Figura 5. Empresas localizadas na Baixada Fluminense em 2012
Fonte: Adaptado de Rocha (2015)

A disponibilidade de acesso por meio das vias de circulação implementadas até então, tais como a Avenida Brasil (BR-101), Avenida Washington Luiz (BR-040) e Avenida Presidente Dutra (BR-116), posicionaram a Baixada de forma estratégica aos principais mercados consumidores do país e pontos de escoamento, somado à implantação de instalações do Complexo Químico da Bayer do Brasil, em Belford Roxo (1958), a Fábrica Nacional de Motores – FNM (1942) e a Refinaria de Duque de Caxias – REDUC (inaugurada em 1961), ambas no Município de Duque de Caxias – contando com grande apoio do Estado (ROCHA, 2015).

Além das indústrias, vale destacar os investimentos espaciais realizados nos anos de 1990 a 2000, como a abertura da Linha Vermelha, obras de infraestrutura e de saneamento, inauguração de shopping centers, como o Top Shopping, em Nova Iguaçu (1996), Shopping Grande Rio, em São João de Meriti (1995) e o Nilópolis Square, em Nilópolis (2000), o Caxias Shopping, em Duque de Caxias (2008); o Pátio Mix, em Itaguaí (2010); o Nova Belford Roxo, em Belford Roxo (2012) e, por fim, o Shopping Dutra localizado em Mesquita (ENNE, 2013).

Por isso mesmo, não se pode analisar a escalada do desenvolvimento espacial e territorial na região metropolitana em partes, devendo ser considerada a real significância da Baixada Fluminense, tendo em vista as modificações que se espelham a partir desse território nos demais municípios metropolitanos do estado do Rio de Janeiro. Porém, esse novo estado de coisas não é suficiente para resolver os problemas histórico-sociais da região. Além de serem marcados por iniciativas privadas, demandam políticas públicas para enfrentamento de demandas que perpassam gerações, tais como: questões habitacionais, educacionais e de segurança pública, varridos para debaixo das fachadas dos empreendimentos de luxo.

No livro “Alma(naque) da Baixada!”, os autores Magalhães et al (2014), descrevem a ausência de planejamento e o surgimento irregular das cidades dessa região, apontando para a ineficácia e ineficiência dos governos, por não garantirem serviços públicos em quantidade e de qualidade à população (MAGALHÃES et al. apud OLIVEIRA, 2014a). Ainda hoje, a despeito de todo o desenvolvimento econômico, perdura a desigualdade social e a pobreza na região, refletidos nos indicadores de pobreza, extrema pobreza, condição de renda, índices de escolaridade, habitação segura, segurança familiar e comunitária, trazendo a violência como principal resultado desta configuração.

Por fim, destacamos o município Duque de Caxias na Baixada Fluminense, emancipado em 1943, situando-se a 15 km da capital do estado, sendo o município mais populoso da Baixada Fluminense, o terceiro do estado e o 18º mais populoso do país. No próximo tópico abordaremos aspectos sociais, econômicos e demográficos do município.

3.1.2 Duque de Caxias: de “cidade-dormitório” a produtor de riquezas e desigualdades sociais pertencente à região metropolitana

Localizado na região metropolitana do Rio de Janeiro, o município de Duque de Caxias (DC), apresentou em 2015, indicadores econômicos e sociais bastante conflituosos, possuindo o terceiro maior Produto Interno Bruto (PIB) entre os municípios do estado do Rio de Janeiro e o 24º entre todos do Brasil (IBGE, 2015)⁵¹. Atualmente a dimensão territorial do município de Duque de Caxias (IBGE, 2020) é de 467, 319 km². A fim de compreender a posição territorial deste município, devemos conhecer as regras usadas pelo Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE), que hierarquizam o território em seis níveis, partindo do macro para o microuniverso, iniciando pelo país, em seguida pelas regiões, os estados, mesorregiões e microrregiões, até chegar ao nível municipal individualmente, sendo os municípios dotados de circunscrição territorial, personalidade jurídica e certa autonomia administrativa, correspondendo às menores unidades autônomas da Federação.

De acordo com o Censo (2010) realizado pelo IBGE, são 5.570 municípios distribuídos em 27 unidades da Federação, sendo o estado do Rio de Janeiro composto por 92 municípios, situando o município de Duque de Caxias na Região Metropolitana do estado, onde 99,6% da população reside em áreas urbanas e 0,4% rurais (CAMAZ, 2015). A Figura 06 apresenta a área territorial de Duque de Caxias em comparação com os outros municípios.

Figura 6. Comparativo da área territorial de Duque de Caxias com outros municípios em 2019

⁵¹ Os dados foram obtidos no sítio eletrônico IBGE Cidades em 2015 e podem ser consultados em <http://www.cidades.ibge.gov.br>



Fonte: IBGE, 2020

Ao mesmo tempo, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), encontrava-se, em 2013, na 49ª posição no estado e na 1.574ª posição no país, de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento⁵² (PNUD, 2013). Dessa forma, pode-se notar uma situação social precária e em contraste com o potencial e a grande produção de riqueza desse município, além de disparidades sociais em seu interior (SILVEIRA; RIBEIRO, 2017).

O cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) como medida comparativa é realizado pela média aritmética simples dos seguintes subíndices: longevidade (esperança de vida); educação (taxa de alfabetização de adultos e taxa de escolarização) e renda (PIB per capita ajustado), utilizado como padrão para avaliar e mensurar o bem-estar de uma determinada população. Dessa forma, a interpretação do índice varia de zero até um, sendo considerado: muito alto, maior ou igual a 0,800 até 1,000; alto, quando maior ou igual a 0,700 até 0,799; médio, de 0,600 a 0,699; baixo, entre 0,500 e 0,599; muito baixo, entre 0 e 0,499 (CAMAZ, 2015). A fim de ilustrar a posição do município relativa ao IDH, a Figura 7 apresenta Ranking do IDHM dos Municípios, em 2010.

Figura 7. Ranking do IDHM dos Municípios de 2010

⁵² Após o ano de 2013 não houve relatório do PNUD abordando dados do município Duque de Caxias.

Ranking IDHM Municípios 2010					
Ranking IDHM 2010	Município	IDHM 2010	IDHM Renda 2010	IDHM Longevidade 2010	IDHM Educação 2010
1*	São Caetano do Sul (SP)	0,862	0,891	0,887	0,811
2*	Águas de São Pedro (SP)	0,854	0,849	0,89	0,825
3*	Florianópolis (SC)	0,847	0,87	0,873	0,789
4*	Balneário Camboriú (SC)	0,845	0,854	0,894	0,805
5*	Vitória (ES)	0,845	0,876	0,855	0,807
6*	Santos (SP)	0,84	0,861	0,852	0,773
7*	Niterói (RJ)	0,837	0,887	0,854	0,771
8*	Joaçaba (SC)	0,827	0,823	0,891	0,768
9*	Brasília (DF)	0,824	0,863	0,873	0,742
10*	Curitiba (PR)	0,823	0,85	0,855	0,768
45*	Rio de Janeiro (RJ)	0,84	0,845	0,719	0,799
220*	Volta Redonda (RJ)	0,771	0,763	0,833	0,72
249*	Resende (RJ)	0,768	0,762	0,839	0,709
304*	Macaé (RJ)	0,764	0,792	0,828	0,681
1514*	Nova Iguaçu (RJ)	0,713	0,691	0,818	0,641
1574*	Duque de Caxias (RJ)	0,711	0,692	0,833	0,624
2105*	Itaboraí (RJ)	0,693	0,69	0,813	0,593
2439*	Queimados (RJ)	0,68	0,659	0,81	0,589

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013⁵³

De acordo com o cálculo do IBGE, o IDH de Duque de Caxias em 2000 era de 0,753, ocupando o 56º lugar no Estado do Rio de Janeiro, e o 1796º no Brasil, porém, o município iniciava um processo de crescimento econômico que não repercutiu em sua situação social, já que o seu IDH-M calculado em 2010, ano do último censo completo realizado pelo IBGE, revela um discreto aumento para 0,711, ocupando o 49º lugar no Estado do Rio de Janeiro e a posição de 1574º no Brasil (CAMAZ, 2015).

Com o intuito de abordar as informações do município, recorreremos aos dados do IBGE (2020) referentes a população, trabalho e rendimento, educação, economia, saúde e território, sendo alguns estimados, devido à não realização do censo demográfico. Em relação à população de Duque de Caxias, estima-se de acordo com o IBGE (2020) que seja de 924.624 pessoas, havendo crescimento de 69.576 pessoas comparado ao Censo realizado pelo IBGE, em 2010. Com relação à densidade demográfica (IBGE, 2012) esta encontrava-se em 1.828,51 hab/km². No que tange ao trabalho e rendimento, observa-se que o salário médio mensal dos trabalhadores formais, em 2019, era de 2,7 salários-mínimos, contando com 163.679 pessoas ocupadas, representando 17,8% da população. O percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário-mínimo, em 2010,

⁵³ Disponível em: <https://journals.openedition.org/espacoeconomia/docannexe/image/2061/img-5.png>

era de 37,8% IBGE (2020). Ao considerar domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo per capita, Duque de Caxias detinha 37.8% da população nessas condições, o que o colocava na posição 15 de 92 dentre as cidades do estado e na posição 3032 de 5570 dentre todos os municípios brasileiros (IBGE, 2020).

A baixa renda média domiciliar dos habitantes do município influencia diretamente no IDHM, pois afeta a qualidade de vida da população, como por exemplo, as condições precárias de moradia dos cidadãos, onde a maioria absoluta da população vive em bairros periféricos. Essas informações corroboram a situação de enorme contraste social, com “ilhas” de prosperidade e acumulação de renda, bem como a destinação de renda aos trabalhadores que ocupam cargos mais qualificados e mais bem remunerados, porém, moram no município do Rio de Janeiro (SILVEIRA; RIBEIRO, 2017).

Quanto ao desemprego, Duque de Caxias encontra-se em segundo lugar no estado do Rio de Janeiro, com perda de 14 mil vagas de trabalho com carteira assinada nos últimos dois anos, ficando atrás apenas da cidade do Rio de Janeiro, que perdeu 143 mil postos de trabalho aproximadamente. A crise econômica, com o fechamento de empresas e o baixo investimento para cobrir o pagamento de servidores públicos, acabou afetando drasticamente a economia do município. A informalidade foi a saída encontrada para o desemprego, observada no aumento do número de ambulantes, p as medidas de distanciamento social também afetaram esta modalidade de geração de renda. O Estado do Rio de Janeiro tem 04 cidades entre as 24 com maior número de trabalhadores informais, segundo a Organização Internacional do Trabalho, são elas: Rio de Janeiro, Duque de Caxias, São Gonçalo e Nova Iguaçu^{54,55}.

A cidade é o segundo maior polo econômico do estado do Rio de Janeiro, perdendo apenas para a capital. Porém, nos últimos três anos, fechou mais de 27 mil vagas, de acordo com o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), do Ministério do Trabalho (2021). Até mesmo em 2018, quando cidades do Rio ligadas à indústria do petróleo começaram a reabrir vagas, o município de Duque de Caxias fechou mais 4,5 mil postos de trabalho⁵⁶.

⁵⁴ Disponível em: <https://fsindical.org.br/imprensa/apos-dez-anos-de-avancos-no-mercado-de-trabalhoinformalidade-para-de-cair>

⁵⁵ Disponível em: <https://extra.globo.com/economia/trabalhadores-de-duque-de-caxias-sofrem-comaumentado-do-desemprego-21400528.html>

⁵⁶ Disponível em: <https://www.terra.com.br/economia/em-duque-de-caxias-27-mil-vagas-fechadas-nosultimos-tres-anos,251b74e63287f6bcfb1f01bee0080dc691fghrsu.html>

Em relação à educação, observa-se que a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade (IBGE, 2012) era de 96,1 %, enquanto o percentual de jovens com ensino médio concluído até os 19 anos de idade era de 16,23%, em 2019⁵⁷. Comparativamente, de acordo com o Censo do IBGE, de 2010, o município de Duque de Caxias possuía 5,5% de habitantes com idade de 25 anos ou mais, com ensino superior completo, enquanto no Brasil eram 11,3%.⁵⁸

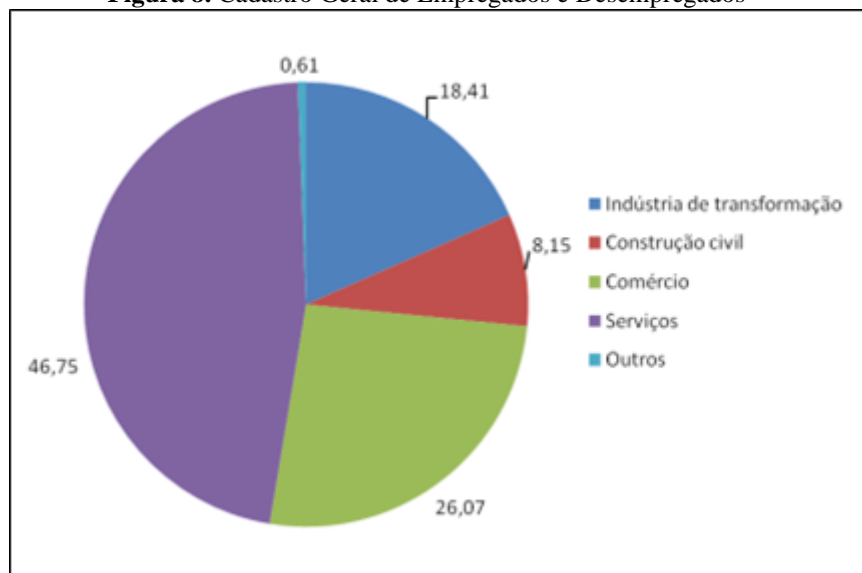
De acordo com o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), os anos iniciais do ensino fundamental na rede pública, em 2019, apresentavam um índice de 4,7, enquanto nos anos finais do ensino fundamental, também na rede pública, no mesmo ano, era de 3,8. No que diz respeito às matrículas no ensino fundamental e ensino médio, havia um total de 115.753 e 34.861 matrículas respectivamente, em 2020. O quantitativo de docentes no ensino fundamental e no ensino médio eram 6.025 e 2.692, respectivamente, em 2020, havendo 450 estabelecimentos de ensino fundamental e 123 de ensino médio, no mesmo ano (IBGE, 2020).

Além disso, segundo Silveira e Ribeiro (2017), observa-se a falta de instituições de ensino que possam formar mão de obra qualificada para o setor petrolífero, que associada à baixa escolaridade média dos cidadãos, reduz o ganho socioeconômico que poderia ser obtido pelo município, pois seus residentes têm sido majoritariamente contratados precariamente, em regime de terceirização, para os cargos com menor remuneração, como serviços de limpeza e manutenção.

O Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED, 2021) caracterizou o perfil do mercado de trabalho formal do município, de forma que os três principais setores de empregabilidade para a população são: serviços, comércio e indústria de transformação, respectivamente, conforme podemos visualizar na Figura 8.

⁵⁷ Disponível em: <https://www.cidadessustentaveis.org.br/arquivos/idsc-br/rvl-cidades/duque-de-caxiasRJ.pdf>

⁵⁸ Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0,330170&cat=-1,1,2,2,3,4,13,48,128&ind=4699>

Figura 8. Cadastro Geral de Empregados e Desempregados

Fonte: www.caged.gov.br⁵⁹, 2018

O PIB do município Duque de Caxias (PIB), em 2018, era de R\$ 45.490,61 conforme a Figura 9. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010, era de 0,711.

⁵⁹ Disponível em: <http://journals.openedition.org/espacoeconomia/docannexe/image/2061/img-3.png>

Figura 9. Comparativo do PIB per capita de Duque de Caxias com outros municípios em 2018



Fonte: IBGE (2020)

Em relação à saúde, observa-se que a taxa de mortalidade infantil média no município é de 16,4 para 1.000 nascidos vivos, sendo a diarreia uma causa de internação de 0,3 para cada 1.000 habitantes. Quando se compara essas informações com todos os municípios do estado, Duque de Caxias ocupa as posições 22 de 92 e 37 de 92, respectivamente, ao passo em que comparado a todos os municípios brasileiros, essas posições são de 1647 de 5570 e 3907 de 5570, respectivamente (IBGE, 2020). Vale salientar que há, no município, 82 estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

A carência na oferta e manutenção dos serviços de saúde relaciona-se com as deficiências estruturais, como a falta de saneamento básico em toda a Baixada Fluminense, objeto de luta dos movimentos sociais locais, alvo de corrupção e clientelismo, como estratégia eleitoral. Por isso mesmo, a despeito dos investimentos do governo federal em saneamento no município na última década, o problema ainda é grave, sobretudo em consequência de proliferação de esgoto a céu aberto, as quais alagam as regiões mais pobres em períodos chuvosos, bem como a contaminação dos rios pelos resíduos dos domicílios, devido à falta de esgotamento sanitário. Além disso, é importante destacar a forma intensiva e desordenada de ocupação do território, sem planejamento urbano necessário em aspectos infra estruturais (BROTTO, 2012).

Notícias divulgadas nas mídias⁶⁰ de massa sobre o enfrentamento da pandemia no município denotam o descaso do governo local, associado ao governo federal, uma vez que

⁶⁰ Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/03/lider-em-casos-de-coronavirus-nabaixada-fluminense-duque-de-caxias-se-nega-a-fechar-comercio.shtml>

o prefeito Washington Reis, de Duque de Caxias, relutou em fechar o comércio e, na contramão da determinação estadual (Decreto Federal nº 10.212/2020), autorizou que as igrejas ficassem abertas, por considerar que seriam auxiliares na cura da Covid-19, fazendo com que os cidadãos não respeitassem o isolamento e distanciamento social, com a abertura do comércio não essencial.

Além disso, com o advento da vacinação em todo o Brasil, a postura do prefeito mostrou-se em desacordo com o Plano Nacional de Operacionalização da Vacina contra a covid-19⁶¹, levando à sua intimação judicial, e do Secretário Municipal de Saúde, Antônio Manoel de Oliveira, pelo Ministério Público do Rio de Janeiro. Tal intimação se deveu às características arbitrárias adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde, o que provocou aglomerações, com enormes filas de cidadãos que moravam em Duque de Caxias e em outros municípios, favorecendo ainda mais a propagação do vírus (SAÚDE, 2021).

Ao analisar o cenário atual da pandemia da Covid-19, dados apontam para a maior relação entre casos de mortalidade no município de Duque de Caxias, estando em primeiro lugar no ranking da Baixada Fluminense, com 4 vezes mais óbitos do que o município do Rio de Janeiro⁶².

Por fim, a despeito do PIB expressivo do município, o baixo IDH-M indica uma baixa qualidade de vida da população, condições precárias de saneamento, violência e desemprego. De tal forma que se torna um paradoxo a geração substancial de recursos frente ao processo histórico de ocupação desordenada, alta densidade demográfica e elevados índices de violência urbana. Já na relação de municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes com taxas de mortes violentas intencionais superiores à média nacional, encontra-se Duque de Caxias, com taxa de 33,7/100 mil habitantes, sendo uma das cidades mais violentas do Brasil⁶³. Por conseguinte, há que se estudar os rebatimentos dessas condições na saúde mental da população de Duque de Caxias, o que será aprofundado no próximo tópico, especialmente em relação ao processo de construção da Raps.

⁶¹ <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-devacinacao-covid-19>

⁶² Disponível em: <https://www.ppgihd-open-lab.com/post/a-dispers%C3%A3o-da-covid-19-na-baixadafluminense-um-paralelo-entre-duque-de-caxias-e-nova-igua%C3%A7u>

⁶³ Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/anuario-2021-completo-v4bx.pdf>

3.2 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – RJ

Atualmente os serviços e atendimentos de saúde mental disponíveis no SUS em todo o Brasil compreendem 2.730 Caps nas suas diversas modalidades (BRASIL, 2020). Na particularidade fluminense, verifica-se que o estado possui 92 municípios e 09 regiões de saúde, que apresentam variações importantes entre a área geográfica e a população, contando com 181 Caps, os quais estão distribuídos de forma heterogênea. Já na região metropolitana I⁶⁴, que integra o espaço geográfico de nossa pesquisa de campo, a atenção especializada em saúde mental possui 65 Caps, sendo 24 Caps II, 8 Caps III, 17 Caps I, 12 Caps AD e 4 Caps AD III. No município do Rio de Janeiro, cidade mais populosa e capital do estado, encontram-se 34 dos 65 Caps (FRENTE ESTAMIRA DE CAPS, 2021).

A Tabela 1 apresenta o quantitativo de Caps, a população residente e o IDHM por municípios da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, com o destaque para o município de Duque de Caxias.

Tabela 1– Quantidade de CAPS, população residente e IDHM por municípios.

Região de Saúde (CIR) e municípios	Total de CAPS	População residente¹	IDHM²
Belford Roxo	3	510.906	0.684 (74°)
Duque de Caxias	4	919.596	0.711 (49°)
Itaguaí	3	133.019	0.715 (38°)
Japeri	1	104.768	0.659 (83°)
Magé	4	245.071	0.709 (51°)
Mesquita	3	176.103	0.737 (16°)
Nilópolis	2	162.485	0.753 (9°)
Nova Iguaçu	3	821.128	0.713 (41°)
Queimados	3	150.319	0.680 (73°)
Rio de Janeiro	34	6.718.903	0.799 (2°)
São João do Meriti	3	472.406	0.719 (34°)
Seropédica	2	82.312	0.713 (41°)
Região Metropolitana I	65*	10.605.784	-

Fonte: FRENTE ESTAMIRA DE CAPS (2021)

* Total de CAPS com base no que foi informado pela SER/RJ, compatível com o que consta no CNES/DATASUS.

¹ População residente - População estimada 2020 (IBGE).

² Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 (Dados do censo 2010).

Além destes, a tabela seguinte detalha o quantitativo de Caps na Região Metropolitana I, segundo a modalidade de serviço (Caps I, II, III, i, AD, ADIII), também sendo destacado o município de Duque de Caxias.

⁶⁴ Esta região está localizada entre as Regiões do Médio Paraíba, Centro-Sul e Serrana, e é formada por 12 municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu (sede da CIR), Queimados, São João do Meriti, Seropédica e Rio de Janeiro.

Tabela 2 – Número de CAPS por município da Região Metropolitana I, segundo modalidade do serviço.

Municípios da Região Metropolitana I	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPS AD	CAPS AD III	Total
Belford Roxo		1		1	1		3
Duque de Caxias		2		1	1		4
Itaguaí		1		1	1		3
Japeri		1					1
Magé		1		1*	2**		4
Mesquita		1		1*	1		3
Nilópolis		1					2
Nova Iguaçu			1	1	1		3
Queimados		1	1*	1	1		3
Rio de Janeiro		13	6***	8**	3	4	34
São João do Meriti		1		1	1		3
Seropédica		1		1			2
Total		24	8	17	12	4	65

Fonte: FRENTE ESTAMIRA DE CAPS (2021) *Não habilitado, em funcionamento.

**Um deles não está habilitado, mas em funcionamento.

***Três não estão habilitados, mas em funcionamento.

Na particularidade de Duque de Caxias, RJ, que possui 919.596 habitantes, verifica-se a existência de 04 Caps (02 Caps II, 01 Capsi, 01 Caps AD)⁶⁵ que, com exceção da capital fluminense (Rio de Janeiro), configura, em conjunto com o município de Magé (245.071 habitantes), número superior desta instituição em comparação com os demais municípios (que possuem entre 01 e 03 Caps), ainda que também não atenda ao quantitativo de equipamentos de atenção psicossocial descrito pela Portaria n.º 3.088/2011, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), o que corrobora com a afirmativa de Tenório (2002), a respeito da distribuição de Caps não contemplar a regionalização almejada, tendo ocorrido concentração desproporcional às necessidades de cada área de planejamento.

⁶⁵ CAPS II - Leslie S Chavim (habilitado/MS). End.: Avn. Marechal Deodoro, nº 147 – 25 de Agosto, tel.: (21) 2671-5806. Diretora técnica: Desiane Alves Martins. E-mail: Desiane_martins@yahoo.com.br, capscaxias@ig.com.br

CAPS II (habilitado/MS). End.: R. Projetada, nº 02, Lote 01, Qdr 03 – Imbariê, tel.: (21) 3661-0891.

Diretora técnica: Márcia Cristina Santos. E-mail: capsimbarie@hotmail.com, marcia.psi78@gmail.com

CAPSi (habilitado/MS). End.: R. Marechal Floriano, nº 966 Térreo – 25 de Agosto, tel.: (21) 2775-1675.

Diretora técnica: Jacinta Reis. E-mail: jacintareis@ig.com.br, capsijinf@gmail.com.

CAPSad II - Renato Russo (habilitado/MS). End.: R. Nilo Vieira, nº 353 - Vila Paula, tel.: (21) 26736144.

Diretora Técnica: Elisabete Lousão Gonçalves. E-mail: betelousao@hotmail.com, capsadrenatorusso@gmail.com

Esta questão foi tratada pela Defensoria Pública do estado do Rio de Janeiro, conforme publicação em seu site⁶⁶, que após diversas visitas aos municípios, identificou deficiências nos atendimentos à saúde mental da população, buscando o diálogo com os gestores e secretários municipais de saúde, para sanar tais dificuldades. Porém, a ausência de sucesso desta iniciativa no município de Duque de Caxias, possibilitou a proposição de uma Ação Civil Pública, em maio de 2021, com prazo de 120 dias para que a Prefeitura de Duque de Caxias, apresentasse um cronograma efetivo de implementação de novos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

A liminar em questão baseou-se em dados populacionais projetados pelo IBGE (2019) de que a população do município possui 919.596 habitantes e que descumpre o quantitativo de equipamentos de atenção psicossocial descrito pela Portaria n.º 3.088/2011, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), a qual define que o município deveria contar com: 13 Caps tipo II ou 5 Caps tipo III; 13 Caps ad ou 5 Caps ad tipo III e 5 Capsi.

As contradições e os conflitos presentes na atual configuração da Raps em Duque de Caxias, RJ levaram-nos a problematizar o seu processo de construção, com o objetivo de identificar os principais sujeitos que o protagonizaram, os conflitos desencadeados ao longo desse movimento e as articulações políticas construídas, conforme serão abordados nas próximas seções.

3.2.1 O processo de construção da rede de atenção psicossocial em Duque de Caxias, no Rio de Janeiro

Inicialmente vale salientar que a presente seção será construída a partir de pesquisa de campo, que recorreu à técnica de entrevista de tipo semiestruturada. Foram realizadas entrevistas com 05 sujeitos pelo *google meet*, em virtude da pandemia do novo coronavírus, tendo sido gravadas, com a permissão das entrevistadas mediante o TCLE e, posteriormente transcritas, conforme descrito na metodologia.

Para o seu desenvolvimento, consideramos os seguintes objetivos específicos:

- Analisar o processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial no município de Duque de Caxias, RJ;

⁶⁶<https://defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/11341-Liminar-obriga-Duque-de-Caxias-a-ampliar-rede-de-saude-mental>

- Identificar os conflitos e correlações de forças existentes durante o processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial no município de Duque de Caxias/RJ.

Diante disso, optou-se por dividi-lo nos seguintes subitens: os sujeitos da pesquisa; origens da Raps em Duque de Caxias; o processo de expansão da Raps no município; conflitos e correlação de forças ao longo do processo de construção da Raps em Caxias; sujeitos, instâncias de participação e articulações políticas construídas ao longo do processo de construção da Raps em Caxias, RJ.

3.2.1.1 As participantes da pesquisa

Enquanto resultados da pesquisa, verifica-se a seguir, a identificação das entrevistadas, garantindo o sigilo em relação aos seus nomes.

Conforme foi visto, foram realizadas 05 entrevistas com 04 psicólogas e 01 Assistente Social, com média de idade entre 50 e 57 anos, todas se reconhecem como gênero feminino, além disso, não possuíam ou possuem vínculo com movimento social e apenas uma entrevistada apresentou vínculo de trabalho terceirizado, sendo as demais concursadas.

A presença feminina nos serviços de saúde no Brasil é apontada por Soares (2020) ao afirmar que 65% dos trabalhadores dessa área são deste gênero. Além disso, há o destaque para a participação de profissionais do ensino superior, predominantemente psicólogas, ainda que essa participação profissional não tenha sido um critério de seleção das entrevistadas, havendo inclusive a tentativa de identificar outros sujeitos, com representações distintas, para integrar a amostra da pesquisa, contudo, tal investimento não obteve sucesso.

Ao analisar a composição das equipes das diferentes modalidades de Caps, no Brasil, conforme Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), verifica-se que as categorias profissionais das entrevistadas estão descritas na legislação como integrantes de nível superior: **psicólogo, assistente social**, terapeuta ocupacional, pedagogo nos CAPS I e II; incluindo entre essas categorias o enfermeiro no CAPS III e CAPS ad II; enquanto no CAPS I e II existem as mesmas categorias descritas inicialmente, incluindo o fonoaudiólogo. Porém, não são definidos quantos profissionais de cada categoria devem integrar a equipe.

Além disso, cabe perguntar: quais os significados da predominância de psicólogas como protagonistas da construção da Raps em Duque de Caxias, sendo reconhecidas por

outros profissionais que atuam na política de saúde mental atualmente? A saúde mental teria sido no período de construção da Raps em Caxias, um lugar por excelência, de psicólogos/as? O que indicam os concursos públicos municipais neste período, em termos de vagas profissionais?

As quatro psicólogas entrevistadas relataram serem funcionárias públicas, enquanto a assistente social atuava há 10 anos no município, por meio de contrato de trabalho, identificando-se como terceirizada/contratada. Entre as entrevistadas, houve menção à escassez de concursos públicos na área de saúde mental em Duque de Caxias, sendo mencionados os certames de 1992 e de 2000⁶⁷, que foi o último concurso público realizado para o cargo de psicólogo no município, seguido de mais um concurso para psiquiatra e terapeuta ocupacional, realizado em 2007, tendo seu edital disponível *online*⁶⁸.

Além disso, as entrevistadas relatam que, neste período de inserção nos serviços por meio do concurso, muitas vezes, os/as profissionais não eram diretamente lotados/as na saúde mental, havendo uma indefinição quanto à instituição, setor e funções dos recém concursados, observando a insipiência da política de saúde mental na época:

(...) a gente fez o concurso, para você ver, ele foi realizado em maio de 92, e a gente foi convocado em outubro de 92, né? Então, assim, havia uma necessidade, porque não se demorou tanto a convocação, já foi após 4 meses (...) a gente só descobriu que o nosso concurso era destinado à saúde quase 2 anos depois (...) o pessoal da saúde foi convocado para ocupar cargos na saúde, inclusive nos CAPS e nos ambulatorios. (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 5, 2021).

Então (...) eu entrei no município em 2002, quando eu entrei, eu não fui direto para a saúde mental, eu fiquei num outro tipo de atividade, no atendimento domiciliar, claro que não deixa de ser saúde mental, mas não era a saúde mental propriamente dita, eu fui para a saúde mental em 2004, e nessa época o CAPS adulto já funcionava, eu não tenho certeza, mas eu acho que o CAPSi também. (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 3, 2021).

(...) uma parte queria que eu trabalhasse no CAPS que estava sem profissional, com pouco profissional para demanda, enquanto a coordenação de saúde mental queria que eu trabalhasse para implantar no município o programa de volta para casa. (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 4, 2021).

Imediatamente os depoimentos e informações anteriores apontam para três elementos centrais: 1) A construção de uma equipe multiprofissional, de nível superior, formada predominantemente por psiquiatras e psicólogos, além de terapeutas ocupacionais, por meio dos concursos públicos mencionados para atuação na política de saúde mental, em

⁶⁷ Vale salientar que enfrentei uma grande dificuldade em localizar as informações dos certames citados apesar da busca minuciosa na internet, bem como, com as entrevistadas da pesquisa.

⁶⁸ Disponível em: <https://www.pciconcursos.com.br/noticias/prefeitura-de-duque-de-caxias-rj-abreconcurso>.

Caxias; 2) Permitem problematizar o planejamento elaborado para a construção de novos serviços de saúde mental, capaz de alocar tais profissionais de acordo com os objetivos da política e de seus equipamentos; 3) A presença da precarização do trabalho, expressa na rotatividade profissional entre os serviços e no tipo de vínculo da assistente social participante da pesquisa, o que também permite questionar o *lugar* que o Serviço Social ocupou nessa política, em Duque de Caxias, nas origens da Raps.

O debate acerca da precarização do trabalho na política de saúde e de saúde mental tem sido abordado por outros/as pesquisadores/as no contexto brasileiro e, especialmente no Rio de Janeiro (MORAES, 2021), demonstrando que tais processos assumem particularidades no município estudado, mas não estão restritos ao mesmo, visto que integram o projeto capitalista de sociedade, baseado no mais valor. Assim, a precarização do trabalho se apresenta como estratégia de dominação e que, para tanto, tem assumido novas dimensões e configurações, sustentadas pelo processo de financeirização da economia que viabilizou, como nunca, a mundialização do capital. Assim, “trata-se de uma rapidez inédita do tempo social, sustentado na volatilidade, efemeridade e descartabilidade sem limites” (DRUCK, 2011, p. 42).

Além disso, no contexto brasileiro reconhecemos que a precarização afeta, em níveis diferenciados, os trabalhadores, evidenciando novas expressões, que se sustentam em sua indissociabilidade, com a terceirização. Para Antunes e Druck (2013, p. 31) “[...] a terceirização é o fio condutor da precarização do trabalho no Brasil”, integrando todos os seus campos e dimensões, ampliando o processo de produção de mais valia e submetendo o trabalhador a formas de inserção precárias no trabalho, sem proteção social, com salários menores, em jornadas extenuantes, com maior exposição a riscos, acidentes e mortes no trabalho e em condições de enfraquecimento de sua identidade coletiva. Assim, contribui para intensificação da alienação e a desvalorização humana do trabalhador.

Na particularidade de Duque de Caxias, os impactos da terceirização na relativa autonomia dos funcionários terceirizados foi ressaltada no depoimento da entrevistada 2 e a “*chuva de contratados*” foi evidenciada pela entrevistada 4, compreendendo que as profissionais contratadas, em função da insegurança do trabalho, tendem a sofrer maiores interferências externas em seu exercício profissional, o que impacta em sua relativa autonomia profissional.

(...) então às vezes você está trabalhando numa unidade vem determinada solicitação do diretor, alguma ordem que a gente vai ter que funcionar assim, e aí quem é funcionário (público) às vezes tem como se mobilizar e pedir transferência, ir para outro lugar, quem não é [funcionário público] é obrigado a ficar ali, é*

difícil. (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021. *inserções da autora do trabalho).

(...) eu cheguei lá em 2004, por concurso público, que foi feito no ano de 2000, inclusive foi o último concurso público para o cargo de psicólogo da saúde do município de Caxias, então, isso já um contexto, de lá para cá a gente teve a terceirização desse serviço, muita gente se aposentou, saiu, enfim, aí então as equipes nesses 17 anos mudaram. (...) Mas já nesse processo aí dos CAPS, já começou a ter essa contratação por cooperativa, fora de concurso, porque não teve concurso, teve depois, se não me engano, para psiquiatra somente (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 4, 2021).

Diante disso, reafirma-se que a ausência de concursos públicos desde o início dos anos 2000, associado ao fato de terem sido direcionados a determinadas categorias profissionais, além de um processo crescente de contratação profissional, por meio da terceirização, são indicativos de que a precarização do trabalho já atingia, em níveis variados, todos/as os/as profissionais da política de saúde mental em Duque de Caxias na origem e ampliação da Raps e integra um projeto do capital de redução do papel da política social e de obtenção de mais valor. Neste contexto, o vínculo de trabalho e a ausência de concurso público parecem indicar um lugar complementar do Serviço Social na equipe multiprofissional no período inicial de construção da Raps em Duque de Caxias, RJ - ainda que não seja esta a proposta da luta antimanicomial -, o que também impacta na relativa autonomia da assistente social⁶⁹.

Por fim, destaca-se que nenhuma das entrevistadas atua em algum movimento social, especialmente no campo da saúde mental, seja na particularidade do município e/ou em articulação com movimentos estaduais e nacionais.

⁶⁹ De acordo com Moraes e Gonçalves (2020, p. 132) a sociedade do capital tem favorecido a retração da autonomia proposta pelo projeto de formação profissional do Serviço Social brasileiro (ABESS, 1996) e, neste movimento, objetiva uma autonomia permitida, incentivada e alargada, desde que em condições de controle pelos empregadores. Neste processo de executar as requisições advindas de cima para baixo, a dimensão política da profissão torna-se fragilizada em detrimento de ações profissionais que não comprometam o seu vínculo empregatício em um contexto de elevada insegurança do trabalho. Na fragilização da dimensão política emerge, igualmente, a fragilização da relativa autonomia que se expressa quando o/a assistente social deixa de compreender o seu papel, de demarcar o seu espaço e de assegurar que seu fazer profissional será conforme suas competências e atribuições, que são um marco jurídico e, sobretudo, ético-político. À medida que isto ocorre, a relativa autonomia, tal como concebida criticamente pela profissão, é inibida em detrimento do poderio institucional. Esses primeiros apontamentos nos têm demonstrado, através do debate do trabalho, que os processos de precarização, terceirização e flexibilização das formas contratuais de trabalho atingem diretamente o Serviço Social enquanto profissão, que tem por objeto as expressões da questão social e, o/a assistente social, enquanto classe trabalhadora, que também se percebe refém de uma realidade onde a hegemonia do capital segue crescente. Dessa forma, as incertezas e inseguranças relativas aos vínculos de trabalho, cada vez mais enfraquecidos pelas relações contratuais e de poder, interferem diretamente na ação profissional dos/as assistentes sociais que são compelidos/as pelas requisições institucionais, de caráter, predominantemente, executor e desprovidas de reflexão crítica.

3.2.1.2 Origens da Rede de Atenção Psicossocial em Duque de Caxias - RJ

No município de Duque de Caxias - RJ o atendimento à saúde mental no início dos anos 2000 ocorria predominantemente por meio de duas instituições: a Casa de Saúde Dr. Eiras, localizada em Paracambi, a 76 km de Duque de Caxias e a Clínica Duque de Caxias⁷⁰, hospital privado conveniado com o SUS.

A Casa de Saúde Dr. Eiras foi inaugurada em 1963 e enquadrada em um dos campos de concentração psiquiátrico da Ditadura Militar. Classificada como o maior manicômio da América Latina, atendia aos sujeitos entendidos como “irrecuperáveis”, baseando sua intervenção na legitimação da repressão, tendo sido denunciada por sedação por medicação, ausência de acompanhamento médico e psicológico adequado, insalubridade dos leitos, métodos de contenção como amarras e argolas de ferro e uso frequente de eletrochoque, ou seja, violações severas dos direitos humanos (PRUDÊNCIO, 2019).

O processo de fechamento desta instituição, iniciado em 2000 e efetivado em 2012, pode ser observado como um importante ponto de partida para a construção da Raps na Baixada Fluminense de forma mais ampla e, especialmente, em Duque de Caxias. Conforme Prudêncio (2019, p. 112),

Uma vez que os serviços de atenção aos usuários da saúde mental na Baixada Fluminense, em sua maioria, surgem como demanda para resposta ao ‘fechamento’, iniciado em 2000, da Casa de Saúde Dr. Eiras, Paracambi, que teve seu fechamento efetivado em 2012, exigindo a ampliação da rede de atenção para esse público, procedente, em grande parte, dos municípios da Baixada Fluminense.

Além desta instituição, o próprio município possuía um hospital psiquiátrico chamado Clínica Duque de Caxias, sendo conveniado⁷¹ com o SUS e denominado Sanatório Duque de Caxias⁷² criado no ano 2000 com 240 leitos.

Entre contradições verificadas nas informações a respeito da instituição, verificou-se que, em dezembro de 2008, esse hospital psiquiátrico privado do município sofreu interdição em uma parte de seu estabelecimento, conforme relatado no trecho a seguir, extraído de matéria informativa de um diário local:

⁷⁰ <https://emails.estadao.com.br/noticias/geral,melhor-hospital-psiquiatrico-do-rj-fecha-as-portas,297084>

⁷¹ <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/hospitaisriodejaneiro.php>

⁷² Av. Pres. Kennedy, 7547 - Vila Rosário CEP: 25040-000 - Duque de Caxias – RJ Tel: (21) 2699-9029 / 2699-9031 / 9032 sanatoriocaxias@ig.com.br

Tradicional clínica de tratamento psiquiátrico da Baixada, o Sanatório Duque de Caxias, em S. Bento, fechou as portas em outubro último. O ex-deputado do Espírito Santo, um dos donos do estabelecimento fundado há mais de 30 anos, justificou o fechamento sob dois pretextos: a tabela defasada do SUS e a desapropriação pela Prefeitura, no governo passado, de uma parte da área do sanatório para permitir a duplicação da Av. Presidente Kennedy. O sanatório e o ex-deputado respondem ainda a um processo movido pelo Ministério Público Federal (O DIA NA BAIXADA, 2009).

Nesta instituição, a entrevistada 4 relata que os usuários da saúde mental:

(...) eram internados principalmente no próprio município porque nós tínhamos um sanatório particular conveniado com o SUS, com 240 leitos (...) eu não posso te dizer isso ao certo (...) quando que fechou (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 4, 2021).

Diante disso, verifica-se que o fechamento da instituição no ano de 2008, se apresentou como outro determinante para a construção da Raps em Duque de Caxias, RJ. É importante ressaltar que tais ações não estavam dissociadas das alterações processadas no contexto nacional, como desdobramentos das defesas construídas pelo movimento de luta antimanicomial, tais como: a portaria, GM nº. 1.720, de 4 de outubro de 1994, a Lei Federal nº 10.216, publicada em 06 de abril de 2001 e a portaria Interministerial nº 628, de 2 de abril de 2002.

Além disso, foi possível observar ao longo das entrevistas que, nesse período, muitos sujeitos em sofrimento psíquico não encontravam serviços e profissionais de referência, visto que conforme observado nas entrevistas, o atendimento à saúde mental no município era inicialmente disperso. Contraditoriamente, identificamos iniciativas individuais desenvolvidas por uma enfermeira e um psiquiatra, a partir do final dos anos 1980 e início dos anos 1990, em um posto de saúde⁷³, na direção de construção de um ambulatório ampliado de saúde mental, conforme depoimentos das entrevistadas 3 e 4:

(...) primeiro não era um atendimento localizado, assim com profissionais específicos para fazer esse trabalho, acho que eles ficavam espalhados pela rede, e aí também ficava um pouco na dependência do profissional se sentir em condições de atender né, por exemplo um alcoolista grave, se você não tiver um espaço um pouco mais apropriado, digamos assim de trabalho, fica muito complicado né? (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 3, 2021).

(...) havia uma enfermeira que era coordenadora nessa época que eu entrei (...) ela trabalhava com o Leslie ainda vivo, os 2, ela enfermeira e ele psiquiatra, lá no posto de saúde, final da década de 80 início da década de 90, foi quando vieram aquelas portarias de oficina terapêutica de 1994, por aí, aonde você cadastrava atividade de oficina no ambulatório de saúde mental, que passou a se chamar

⁷³ Este posto está localizado na Rua General Gurjão, S/N, Centro de Duque de Caxias, RJ.

ambulatório de saúde mental ampliado, e aí eles começaram um embrião de emergência psiquiátrica, o Caps e a residência terapêutica, aí depois veio CAPsi. (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 4, 2021).

O psiquiatra mencionado no depoimento (Leslie Chavin), de origem norte-americana, foi identificado como um dos protagonistas na construção da Raps em Duque de Caxias, contribuindo para a construção do Conselho Gestor do Caps Leslie, enquanto tipo de gestão participativa na implantação do serviço de saúde (conforme será tratado em seções posteriores). Contudo, neste contexto histórico, Leslie desapareceu por alguns dias, tendo sido encontrado morto⁷⁴ perto da sua residência, na Ilha do Governador. Suas contribuições para a construção da Raps em Duque de Caxias, asseguraram uma homenagem por meio da criação do primeiro Caps do município, que recebeu o seu nome.

Em relação à enfermeira, não foi possível obter informações precisas e detalhadas, ainda que se tenha investido em investigações a respeito.

Além das iniciativas e serviços mencionados, Abirached (2017, p. 60) afirma que,

O modelo de atenção à saúde mental presente em Duque de Caxias antes da estruturação da Rede de Assistência psiquiátrica caracterizava-se pela oferta de atendimentos ambulatoriais, com marcação de consultas médicas especializadas com psiquiatras, podendo ainda haver a realização de Grupos e Oficinas Terapêuticas, nos quais as pessoas com transtorno psiquiátrico poderiam contar com a atuação de profissionais integrantes de uma equipe multiprofissional.

Além disso, durante as entrevistas foi possível observar que o processo de construção da Raps no Município de Duque de Caxias também contou com importante participação do Ministério Público (MP), inicialmente com ações contra a instituição manicomial Dr. Eiras. Para a entrevistada 2 a ação do Ministério público foi [...] *o que fez realmente as coisas acontecerem (...) foi a exigência do Ministério Público (...). Foi quando começamos a funcionar no CEATA.*” (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 2, 2021).

Nessa mesma direção a entrevistada 4 afirma que

(...) o processo de desinstitucionalização, que foi uma Ação Civil Pública contra o Dr Eiras, onde eram corréus o estado do Rio de Janeiro e o município (...) daquelas barbaridades⁷⁵ que foram efetivadas lá. (...) Ministério público, faz acordo (...) TAC, é termo de ajustamento de conduta, entendeu, e aí é onde os municípios tinham que se comprometer, pois eram réus numa ação, a implantar a rede. (...) eles se comprometeram em algumas coisas, eu diria assim que foi difícil isso, acho que as coisas não vinham rápido, demorou muito. Era tudo muito arrastado, era

⁷⁴ <https://www.folhadelondrina.com.br/geral/encontrado-morto-psiquiatra-desaparecido-desde-o-dia-12no-rio-191065.html>

⁷⁵ <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2012/03/casa-de-saude-dr-eiras-e-fechada-definitivamente-no-rj.html>

muito assim, tem verbas, sai verba, vem incentivo, sai incentivo, aí não usa o incentivo, ele tem que devolver, sabe umas coisas assim? (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 4, 2021).

Com o processo de desinstitucionalização dos usuários da Casa de Saúde Dr. Eiras, marcado por disputas políticas no campo da saúde mental e pela intervenção do MP, houve a necessidade de se pensar na implementação de serviços que fortalecessem “uma rede de atenção no território” (PRUDÊNCIO, 2019, p. 112). Com isso, entende-se que o processo de desinstitucionalização favoreceu a construção de redes de atenção psicossocial na Baixada Fluminense e mais, particularmente, no município de Duque de Caxias. A primeira instituição municipal criada nesta direção foi vinculada à Secretaria de Saúde, no ano de 1996 e denominada Centro de Atenção Total ao Adolescente (Ceata), tendo o objetivo de prevenir o uso abusivo de drogas por crianças e adolescentes, além de funcionar como um núcleo de apoio administrativo e atendimento clínico.

Segundo a entrevistada 1, mesmo com a criação do Ceata, a existência do hospital infantil e o atendimento na educação e na reabilitação, as crianças e os adolescentes ficavam “*meio soltos no município*” (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021). Porém, com a chegada do CAPSi, no ano de 2004 “*a gente conseguiu montar um núcleo do atendimento pra criança e adolescente e estruturar um pouco da rede da infância também*” (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021).

São 18 anos então, né? Que eu estou aqui, mas já haviam pessoas antes, havia a coordenação de saúde mental, a gente tinha uma internação no hospital Duque que era um, era um quebra galho que a gente tinha, só tinha o CAPS, o CAPS Leslie, era o único CAPS no município, criança e adolescente eram atendidos no CEATA que é uma unidade, é um ambulatório de adolescentes e no hospital infantil e na educação e na reabilitação, então eles ficavam meio soltos assim no município, com a chegada do CAPSi a gente conseguiu montar um núcleo do atendimento pra criança e adolescente e poder estruturar um pouco da rede da infância também (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021).

Diante dos depoimentos e análises apresentados, se torna possível afirmar que a origem da Raps no município de Duque de Caxias esteve vinculada a um conjunto de elementos: inicialmente, deu-se com o fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi e do Sanatório Duque de Caxias. No entanto, ainda em fins dos anos 1980 e início dos anos 1990 foi possível verificar práticas individuais sintonizadas com o movimento de reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial, desenvolvidas pelo psiquiatra Leslie Sanford Chavin e uma enfermeira que sinalizavam para mudanças no cuidado em saúde mental, o que aponta para tensões evidenciadas por dentro dos próprios serviços e, ainda que não fossem práticas hegemônicas naquele período histórico, representavam uma

dimensão ampliada do cuidado e se articularam ao longo dos anos, com as legislações nacionais que começavam a trazer novas demandas para o Estado e municípios, buscando a construção de uma nova política de saúde mental. Além disso, é preciso enfatizar a intervenção do Ministério Público na construção da Raps no município de Duque de Caxias, tendo sido apontado por duas entrevistadas, como o principal determinante deste processo.

3.2.1.3 O processo de expansão da Raps em Duque de Caxias: entre avanços e retrocessos

O processo de expansão da Raps em Duque de Caxias será abordado neste tópico a partir das seguintes variáveis identificadas na pesquisa de campo: a criação de quatro Caps (02 Caps II; 01 CAPSi e 01 CAPSad II); o papel do Ministério da Saúde durante a ampliação da Raps; a capacitação profissional e a articulação com o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao uso de drogas (Nepad) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Conforme mencionado no item anterior, o primeiro Caps a ser criado no município de Duque de Caxias foi o Caps II Leslie, no ano de 2002. De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental (2001), trata-se de um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. A assistência prestada ao usuário no CAPS II deverá incluir tais atividades: atendimento individual, atendimento em grupos, atendimentos em oficinas terapêuticas, atendimento a família, visitas domiciliares e atividades comunitárias enfocando a integração do usuário com transtornos mentais na comunidade e a sua inserção familiar e social.

Para a entrevistada 1, no momento de sua inserção profissional em Duque de Caxias, há 18 anos, o Caps Leslie já havia sido implantado, tendo participado da construção de parte dos demais equipamentos de saúde mental.

Então, assim, esse processo de construção foi bem lento. Mas eu acho que a gente teve avanços muito significativos. Quando eu vim pra Caxias, há 18 anos atrás (...) a gente tinha apenas um CAPS no município, que era o CAPS Leslie, então de lá pra cá a gente conseguiu o avanço de montar um CAPSi, que foi o segundo CAPS montado no município, depois a gente conseguiu um CAPS AD. (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021).

No ano de 2004, foi criado o Capsi Duque de Caxias⁷⁶. Conforme Brasil (2004, p. 23),

o CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.

Posteriormente, no ano de 2009, foi criado o Caps AD Raul Seixas, em função dos retardos para ampliação da Raps. Esse novo dispositivo de serviço publicado na Portaria nº 224/2002 do Ministério da Saúde trouxe uma reestruturação no tratamento dos usuários, visando a recuperação da autonomia e a reinserção dos usuários psiquiátricos na família e na sociedade.

Nicacio e Bisneto (2013) afirmam que o objetivo do Caps é transformar e dar outras possibilidades de vida para os usuários, tentando romper o ciclo formado pelas recorrentes internações psiquiátricas ou pela trajetória de internação de longos anos. Conforme Brasil (2004), o Caps AD é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes.

Com relação à implantação do Caps AD em Duque de Caxias, as entrevistadas ressaltaram dificuldades existentes mediante a ausência de profissionais especializados no tema álcool e outras drogas, além de ter sido implementado “do dia pra noite”, mediante obrigatoriedade da legislação.

E eu lembro, não lembro exatamente a data, eu entrei lá em 2005, eu não lembro quando veio esse processo do caps ad, aí logo depois eu me lembro que veio a questão da legislação cobrando a questão do caps ad, e aí como tudo lá em Caxias não tem uma programação, não tem uma construção, é do dia para a noite, a equipe do CEATA teria que ser dividida, o CEATA passaria a funcionar onde era o PAM 404, e ali onde era o CEATA passaria a funcionar o caps ad, e aí foi um Deus nos acuda porque a equipe que já era pequena, isso não tinha ninguém com especialização em saúde mental, especificamente, principalmente na questão do AD, tinha até [...] uma colega que já tinha tido assim alguma experiência, mas nada assim né muito efetivo e aí ficou aquela confusão, aí quem fica quem vai, não sei o quê, nessa eu acabei ficando lá no AD [...]. (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 2, 2021).

A ausência de profissionais especializados no tema álcool e outras drogas possibilitou a articulação do município com o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao uso de

⁷⁶ Av Marechal Floriano, 966 - 25 de Agosto, Duque de Caxias - CEP: 25020-070

drogas (Nepad), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) por meio de um convênio que o estado estava oferecendo aos seus municípios para qualificação profissional, tendo participado duas profissionais de Duque de Caxias.

No iniciozinho, bem no começo do trabalho de implantação do CAPS AD, né, então quando eu fui para saúde mental, a coordenadora da época me ofereceu a possibilidade de fazer uma especialização que o estado estava oferecendo em convênio com a UERJ né para vários municípios, aí de Caxias fomos eu e uma outra colega para fazer o curso que foi feito no NEPAD da UERJ, durante acho que um ano, se eu não estou enganada, né, com aulas quinzenais, um fim de semana inteiro, então a gente tinha colegas de Petrópolis e Magé, de Parati, de vários lugares do estado justamente porque estava havendo esse movimento de implantação dos CAPS AD em vários municípios. Enfim, e aí depois de terminado o curso, eu fui lotada no centro municipal de saúde que é ali no centro de Duque de Caxias, primeiro distrito, para iniciar o atendimento ao usuário de álcool e drogas e aí assim, eu fiquei no centro municipal e uma colega também psicóloga ficou lotada no antigo hospital Duque, que também foi na época que estava começando a emergência psiquiátrica (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 3, 2021).

Nota-se que o processo da RPB também induz mudanças e adequações no fazer profissional dos trabalhadores não especializados em Saúde Mental. Orienta-se, assim, para um cuidado mais qualificado, que estes podem utilizar a Educação Permanente em Saúde Mental (EPS) como instrumento no processo de formação continuada. Verifica-se que o Ministério da Saúde (2018, p. 13) define a EPS como uma

[...] vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Além disso, a ampliação da Raps no município contou com o advento da residência terapêutica (1993), a internação no Hospital Municipal Moacyr do Carmo, leito psiquiátrico inaugurado em 2008, ambulatórios nas UPHs com equipe mínima (assistente social, psicólogo, psiquiatra, oficinairo e enfermeiro), conforme depoimento da entrevistada 1:

A rede ampliou para Residências terapêuticas [...] hoje a gente tem, eu acho que nove residências terapêuticas. O município ampliou a rede de internação, porque abriu a internação no hospital geral, deixou de internar em hospital psiquiátrico, e abriu os leitos em hospital geral. Desses leitos a gente teve o cuidado de separar 2 leitos pra área da infância, de maneira que eles ficassem próximos aos leitos de adultos, mas separados com segurança, por ser da área da infância. Então a gente conseguiu essa implementação no hospital geral (...). E a gente conseguiu ampliar o serviço da saúde mental para os ambulatórios. Caxias tem cinco UPHs, que é a Unidade Pré Hospitalar, que já tinha na época alguns serviços de saúde mental, tipo psicólogo e psiquiatra. Aí a gente conseguiu abrir uma equipe de saúde mental nos ambulatórios, então a gente conseguiu estruturar uma equipe mínima de saúde mental nessa época, considerando: assistente social, psicólogo, psiquiatra,

oficineiro, enfim, enfermeiro, pessoas que tivessem essa sensibilidade com a saúde mental (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021).

A necessidade iminente de desospitalização e o descredenciamento da Casa de Saúde Dr Eiras contribuíram para o aumento da preocupação em garantir assistência aos egressos das instituições manicomiais extintas em Duque de Caxias. Para não incorrer em desassistência, e para dar conta do número de usuários egressos destas instituições, previa-se inicialmente a construção de uma Residência Terapêutica, e a perspectiva de implantação futura de mais cinco residências, estas últimas integrariam o complexo terapêutico Residencial das Flores⁷⁷ inaugurada em 2004, com capacidade para atender até 42 pessoas. No momento da implantação da primeira Residência, o município estava admitindo profissionais concursados para atuação neste novo modelo assistencial.

Além disso, o depoimento anterior, ao mencionar os ambulatórios e UPHs, aponta para a importância da priorização da implantação e implementação de uma rede diversificada de serviços de saúde mental de base comunitária eficaz, capaz de atender com resolutividade aos usuários. De fato, a criação de dispositivos assistenciais em saúde mental, como a Unidade Pré-Hospitalar, atende a proposta da política. No caso do município, existem 5 UPHs⁷⁸, que buscam articular a saúde mental na Atenção Primária.

Conforme Brasil (2009, p. 39),

Há princípios comuns entre a atuação das equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental – atuação a partir do contexto familiar, continuidade do cuidado, organização em rede – que devem se articular para a produção de cuidados em saúde mental no território. É primordial, então, incluir ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da APS, as ações de saúde mental que, com potencial transversal, devem ajudar as equipes a trabalhar a dimensão do sofrimento psíquico.

Ainda assim, vale ressaltar que para que as ações de saúde mental sejam realizadas nas Unidades Básicas de saúde, é necessário um trabalho compartilhado de suporte para as equipes, por meio do Apoio Matricial em saúde mental pelos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados em 2008. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como componente pré-

⁷⁷ Disponível em: <http://baixadafacil.com.br/municipios/duque-de-caxias/prefeitura-de-caxias-inauguraresidencias-terapeuticas-no-jardim-anhanga-852.html>

⁷⁸ UPH Campos Elíseos Endereço: Av. Actura, 333 – Campos Elíseos – Duque de Caxias – RJ. Telefone: (21) 2776-0318. UPH Imbariê Endereço: Rua Catarina, s/nº - Imbariê – Duque de Caxias – RJ. Telefone: (21) 2678-0014 UPH Parque Equitativa Endereço: Av. Automóvel Clube, s/nº - Parque Equitativa – Duque de Caxias – RJ. Telefone: (21) 2679-2040. UPH Pilar Endereço: Rua Castro Alves, s/nº - Pilar – Duque de Caxias – RJ. Telefone: (21) 21776-1654. UPH Saracuruna Endereço: Av. Presidente Roosevelt, s/nº - Saracuruna – Duque de Caxias – RJ. Telefone: (21) 2678-8345. UPH Xerém Endereço: Rua Nóbrega Ribeiro, s/nº - Xerém – Duque de Caxias – RJ. Telefone: (21) 2679-1837.

hospitalar fixo, é considerada sua estratégia prioritária para expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde. Como base de desenvolvimento local do SUS, a ESF se caracteriza como um cenário privilegiado para implementação das ações visando transformações significativas das práticas e saberes na área de Saúde Mental.

Considerada uma estratégia privilegiada para desenvolvimento de ações que visam transformações significativas das práticas e saberes na área de saúde, o governo federal vem estimulando, desde 1994, a implantação do Programa Saúde da Família (tornado depois Estratégia Saúde da Família – ESF) nos municípios, como modo de responder às demandas então prevalentes no âmbito da atenção básica. Com o decorrer da experiência, passou-se a considerá-la como principal estratégia de mudança do modelo assistencial devido às possibilidades do alcance de suas intervenções sob a perspectiva de promoção e prevenção da saúde. Com essa mudança, a família passa a ser considerada como unidade de cuidado por meio da observação das condições que permeiam a existência dos indivíduos e que influenciarão nos determinantes ligados à saúde (BRASIL, 2006a).

Este processo de ampliação da Raps em Duque de Caxias, seus avanços e retardos são destacados nos depoimentos da entrevistada 01, que em parte, foi descrito anteriormente:

Então, assim, esse processo de construção foi bem lento, né, mas eu acho que a gente teve avanços muito significativos. Quando eu vim pra Caxias, há 18 anos atrás [...]. a gente tinha apenas um CAPS no município, né, que era o CAPS Leslie, então de lá pra cá a gente conseguiu o avanço de montar um CAPSi, não é, que foi o segundo CAPS montado no município, depois a gente conseguiu é... um CAPS AD, a rede ampliou para Residências terapêuticas, hoje a gente tem, eu acho que 9 residências terapêuticas, o município ampliou a rede de internação, porque abriu a internação no hospital geral, não é, deixou de internar em hospital psiquiátrico, e abriu os leitos, em hospital geral, desses leitos a gente teve o cuidado de separar 2 leitos pra área da infância, de maneira que eles ficassem próximos aos leitos de adultos, mas separados com segurança, por ser da área da infância, então a gente conseguiu essa implementação no hospital geral, a gente conseguiu ampliar a rede pro NASF, e a gente implementou os NASFs na rede, consultório na rua também foi nessa época, depois acabou passando pra um outro serviço aqui dentro. E a gente conseguiu ampliar o serviço da saúde mental para os ambulatórios, Caxias tem cinco UPHs, que é a Unidade Pré Hospitalar, que já tinha na época alguns serviços de saúde mental, tipo psicólogo e psiquiatra. Aí a gente conseguiu abrir uma equipe de saúde mental nos ambulatórios, então a gente conseguiu estruturar uma equipe mínima de saúde mental nessa época, considerando: assistente social, psicólogo, psiquiatra, oficinheiro, enfim, enfermeiro, pessoas que tivessem essa sensibilidade com a saúde mental (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021).

E que não está a contento, que está muito deficitária, é muito precária, rede inércia, com relação ao que tem lá na lei né, em relação à população de Caxias, é quase 1.000.000 de habitantes, a gente só tem 2 CAPS, 1 CAPSi e um CAPS AD, a gente tem emergências psiquiátricas que funciona bem, assim, lá no hospital, isso foi outra coisa também né, é que que isso foi uma conquista né, assim, é de ter a

emergência psiquiátrica no hospital geral, que é o hospital municipal Moacyr do Carmo, né foi uma luta né, é assim, decorrência da política né Antimanicomial né, de ter isso assegurado, alguns leitos, seria assegurados alguns leitos, lá no hospital municipal Moacyr do Carmo, que é um hospital geral, funciona, tá? (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 5, 2021).

Além disso, a mesma entrevistada ressalta o papel do Ministério da Saúde como suporte técnico para ampliação da Raps:

[...] A rede ampliou bastante sabe, nesses 18 anos, assim, a rede foi crescendo, com esses suportes aí do Ministério da Saúde, com as verbas a gente conseguiu ir aproveitando isso, pra ir aumentando e ampliando essa rede dentro da saúde, eu acho que a gente teve bastante avanço (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021).

Contraditoriamente a ampliação restrita da Raps em Duque de Caxias, verificou-se por dentro dos novos serviços de saúde mental, tensões e conflitos, especialmente, na forma de conceber e cuidar dos usuários, conforme será abordado na próxima seção.

3.2.1.4 Conflitos e correlação de forças ao longo do processo de construção da Raps no município de Duque de Caxias

De maneira geral, a implantação de novos serviços em um contexto de ausência de qualificação profissional e histórica cultura manicomial e hospitalocêntrica, impulsionou práticas baseadas em julgamentos morais direcionados aos usuários com sofrimento psíquico, especialmente os usuários de álcool e outras drogas, conforme se observa no depoimento a seguir:

(...) em relação a esse público específico, ainda existe muito julgamento moral, ainda existe muita dificuldade, até hoje enfim, inclusive técnicas, né, da questão da abstinência total, ou da redução de danos, enfim, e aí eu acho que ao longo do tempo houve muita dificuldade de lidar com essas questões. (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 3, 2021).

Quando a entrevistada 1 foi questionada sobre a existência de conflitos e correlações de forças no processo de construção da Raps em Caxias, ela fez menção ao medo em relação ao usuário, à dificuldade de estabelecimento de um fluxo de atendimento ao usuário, destacando o papel dos próprios profissionais, os quais foram responsáveis por pedir a implementação da emergência psiquiátrica do hospital geral do município:

(...) No início era muito medo do paciente psiquiátrico, então por exemplo, quando a gente pediu para implementar a emergência psiquiátrica no hospital geral, era uma confusão, as pessoas achavam que os pacientes iam atacar os outros pacientes, como é que iam ficar... (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021).

Tais conflitos também foram evidenciados ao longo da implementação do setor de emergência psiquiátrica do Hospital Duque que, segundo a entrevistada 1 “[...] *era abaixo do andar, no subsolo assim, então eles ficavam meio isolados lá*” (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021). Essa afirmativa aponta para os conflitos existentes entre a “velha” e a “nova política” de saúde mental, demonstrando que a obrigatoriedade na implantação dos novos serviços de saúde mental não é necessariamente acompanhada pelos valores antimanicomiais e que os manicômios se fazem presentes em práticas e valores ético-políticos profissionais, na infraestrutura precária, na discriminação e isolamento de usuários, dentre outros.

Nessa mesma direção, a entrevistada 1 relata que nas Unidades Pré Hospitalares (UPHs), o questionamento foi quanto à livre circulação dos usuários psiquiátricos: *dentro das UPHs, como é que iam transitar aqueles meninos, aquelas pessoas?*” (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021).

Nesse interim, faz-se importante uma análise mais aprofundada sobre a discriminação sofrida pelos usuários de saúde mental nos próprios serviços de saúde, demonstrando que estes serviços muitas vezes expressam os valores discriminatórios, baseados em julgamentos morais existentes na sociedade do capital.

De acordo com Boccolini et al (2013, p. 2), o “tipo de doença” é elemento de discriminação no atendimento realizado nos serviços de saúde, conforme

Um estudo brasileiro de base populacional realizado em 2003 identificou que situações de discriminação no atendimento em serviços de saúde ocorriam principalmente por falta de dinheiro (8,7%) e por classe social (7,8%), além de discriminação por sexo (1,4%), idade (1,8%), cor da pele (1,2%) e tipo de doença (1,7%), sendo maior a prevalência de discriminação entre pacientes do SUS, comparados com pacientes não usuários do SUS.

Além dos conflitos mencionados, a entrevistada 1 ressalta que uma dificuldade encontrada ao longo do processo de ampliação da Raps em Duque de Caxias esteve vinculada ao fluxo de atendimento ao usuário psiquiátrico:

(...) Eu acho que uma outra dificuldade, que ainda existe até hoje, é essa relação assim, de onde que é o paciente, de onde o paciente não é, então assim as pessoas a um certo momento queriam encaminhar todo mundo para a saúde mental, em outros momentos, outros pacientes não iam para a saúde mental. (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021).

Tais elementos demonstram que a política de saúde mental está em permanente disputa e que o conflito interparadigmático entre os modelos manicomial e psicossocial, são

observados nos diferentes saberes e fazeres, no momento de construção da Raps no contexto brasileiro e na particularidade de Duque de Caxias, o que aponta para ausência de ruptura entre os dois paradigmas (PERES et al., 2018).

Nesse contexto, a baixa ou nenhuma autonomia dos usuários também foi mencionada, a partir dos entraves ao seu fluxo interinstitucional e com o meio externo. Como garantir uma desinstitucionalização eficiente e humanizada, em um contexto fortemente marcado pela concepção do usuário psiquiátrico, como “louco”, perigoso e incapaz? Assim, os estigmas⁷⁹ presentes na sociedade do capital e nos serviços de saúde mental durante a construção da Raps em Caxias, restringiam a autonomia dos usuários, isolando-os em serviços que deveriam socializá-los e ampliar a suas possibilidades objetivas e subjetivas de andar a vida.

(...) Eu acho que a maior dificuldade, e é até hoje, é essa autonomia dos pacientes na rede, essa resistência de arrumar emprego, deles circularem dentro das unidades, deles circularem dentro dos serviços, eu acho que isso foi o maior problema assim que a gente enfrentou (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021).

O fato é que a visão estigmatizada e estigmatizadora do usuário impacta em posicionamentos e encaminhamentos profissionais que o tratem como sujeito de direitos e busquem ampliar a sua autonomia, tendo em vista a produção de saúde e a defesa de sua condição de cidadão. Além disso, esta visão apresenta-se em dissonância com o projeto ético-estético-político:

[...] ético no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; estético porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; político porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste estar com potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010, p. 6).

⁷⁹ Em sua origem o termo dizia respeito a sinais que os gregos faziam com cortes ou fogo no corpo como forma de marcar a pessoa para avisar aos outros que ela era uma escrava, criminosa ou traidora. Assim, tais sinais tinham a serventia de evidenciar algo de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Desta forma, estigma tende a ser relacionado à desgraça, a algo pejorativo e depreciativo. Estigma que pode ser considerado, pelos outros, como defeito, fraqueza ou desvantagem. Sempre em relação ao que o sujeito é (atributos que possui) e o que ele deveria ser (GOFFMAN, 1988).

Desta forma, Goffman (1988, p.14) destaca que existem três tipos de estigma: um relacionado a características físicas deformadoras; o segundo diz respeito a distúrbio mental, vício, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. E por fim, existem os estigmas relacionados à raça, religião e nação. Porém, há uma característica comum em relação aos tipos de estigma. Em todos os casos a pessoa possui traços que impõe de tal forma que, muitas vezes, a impede de ser bem recebida na relação social cotidiana, ao ponto de destruir a possibilidade dos outros conhecerem seus demais atributos.

Além da construção da autonomia dos usuários da política de saúde mental, verificou-se que o tema autonomia também se fez presente em relação ao exercício profissional da equipe multiprofissional. De acordo com as entrevistadas, a gestão da saúde mental impactou na autonomia de profissionais pretensamente sintonizados aos preceitos da reforma psiquiátrica antimanicomial, e nem sempre seguros dos princípios que defendiam, em função da baixa qualificação profissional para o trabalho com a nova política de saúde mental, da precarização do trabalho, da insegurança do vínculo e da não participação em movimentos sociais, além de alterações que aconteciam de cima para baixo.

(...) é uma determinação que vem de cima para baixo, o Ministério da Saúde baixa as portarias, o estado se encarrega de fazer com que isso aconteça, e aí pressiona para que os municípios façam, então eu percebo que em Caxias o movimento foi assim, dessa forma, entendeu? (...) no caso específico do AD é uma clientela estigmatizada, então é complicado de você defender que essas pessoas precisam de atendimento, precisam de ajuda, precisam ser acolhidas, ou seja (...) como eu fiquei sempre na ponta, né? a gente acaba não participando de determinadas questões mais decisórias, digamos assim, a gente fica um pouco nos bastidores (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 3, 2021).

(...) Eu acho que isso foi um entrave também, a gente poder posicionar, „poxa, esse paciente tá bem, ele pode ir para o ambulatório “e sustentar que isso seria no ambulatório, mesmo sendo caso grave, mas era um cara que já trabalhava, que tinha uma certa autonomia, e a gente precisava priorizar isso (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021).

Ao se afirmar a necessidade de protagonismo, da corresponsabilidade e da autonomia dos profissionais de saúde, a fim de que acionem sua vontade de mudanças e o compartilhamento de responsabilidades, é necessário considerar que “[...] as mudanças na gestão e atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação de autonomia dos sujeitos envolvidos” atendendo aos propósitos da Política de Saúde Mental vigente (BRASIL, 2008, p. 24).

A despeito de todos os esforços no sentido de implantação da Raps, ainda existe um árduo caminho a ser trilhado na consolidação da luta antimanicomial, envolvendo vontade política, adesão ao modelo psicossocial pelos atores sociais envolvidos, capacitação profissional, a fim de efetivar a Raps e construir um modelo de saúde mental pautado na atenção psicossocial (PERES et al., 2018).

Por conseguinte, podemos considerar que os conflitos e correlação de forças ao longo do processo de construção da Raps no município de Duque de Caxias, se deu em um contexto de mudança de paradigma, o que é muito complexo, na transição do modelo

manicomial para o de atenção comunitária, sendo enfatizada a baixa autonomia tanto dos usuários, quanto dos profissionais.

3.2.1.5 Sujeitos, instâncias de participação e articulações políticas no processo de construção da Rede de atenção Psicossocial em Duque de Caxias - RJ

Neste item iremos apresentar os principais protagonistas do processo de construção da Raps em Duque de Caxias, apontado o papel de sujeitos e instâncias de participação, seja na gestão e/ou no controle social, ainda que se reconheça a possível existência de outros sujeitos que também protagonizaram o movimento de construção da Raps no município.

Ao longo do capítulo 3 temos identificado, além das 05 entrevistadas, a importância de profissionais de saúde mental para a construção da Raps em Duque de Caxias. Verificamos a presença de práticas individuais sintonizadas às defesas construídas pela Movimento Nacional de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial desenvolvidas pelo Psiquiatra Leslie e por uma enfermeira. Além destes, a entrevistada 2 destaca o trabalho de outra profissional de enfermagem desenvolvido nos anos 2000, conforme depoimento a seguir:

(...) eu me lembro de uma enfermeira que fazia um trabalho muito legal lá, que era muito interessada, e fazia várias oficinas, várias coisas, e depois acabou também saindo pra fazer mestrado, doutorado, e ficou de licença e aí não voltou, como sempre os trabalhos ficam, ninguém mais dá continuidade, até porque não tinha pessoa capacitada (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 2, 2021).

Além destes, verificamos a atuação do Ministério Público como um dos principais determinantes do processo de construção da Raps no Município, contribuindo para o fechamento de hospital psiquiátrico na Baixada Fluminense e em Duque de Caxias.

Dialeticamente, observa-se ao longo desse período, no contexto brasileiro, a construção de canais de participação da sociedade, por meio de conselhos e conferências de saúde que vêm acumulando experiências de articulação entre os diferentes sujeitos sociais nos municípios, estados e no âmbito nacional, atendendo aos princípios organizacionais de descentralização e regionalização do SUS.

Tais iniciativas são regulamentadas pela Lei nº 8.142/908 que estabelece a participação dos usuários e profissionais de saúde nos processos decisórios do setor saúde. Com isso, fica institucionalizada a participação da comunidade na gestão da saúde e definidas como instâncias, para sua atuação, os conselhos e as conferências de saúde, nos níveis federal, estadual e municipal da administração pública. A transferência de recursos do

governo federal para estados e municípios fica condicionada, entre outros pré-requisitos, à existência e funcionamento do Conselho de Saúde, que deve ser organizado de forma paritária, ou seja, deve contar com a representação de 50% de usuários, sendo a outra parte composta por representantes do governo, de profissionais de saúde e de prestadores de serviços.

Diante do exposto, torna-se fundamental compreender de que forma os profissionais que atuaram na construção da Raps em Duque de Caxias, observaram o movimento de construção da participação social no sistema de saúde, atuando assim, como sujeitos fundamentais no desenvolvimento das ações. Nessa perspectiva, observa-se de acordo com a entrevistada 1, o apoio da Coordenação Estadual de Saúde Mental no processo de construção da RAPS em Duque de Caxias:

(...) a gente teve um período muito bom de apoio da coordenação estadual de saúde mental, que era muito presente naquela época aqui na rede, vinha participar das reuniões, vinha conversar com o secretário de saúde, mandava e-mail (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021).

A ação do Ministério da Saúde (MS) também foi enfatizada por essa entrevistada e no depoimento da entrevistada 4:

(...) tinha o Ministério da Saúde que se fazia muito presente, no sentido de mandar documento, cobrar, por exemplo: „olha só, a gente depositou 30 mil aí na conta do município, o que vocês fizeram com esses 30 mil?“ Não tinha essa coisa de esperar tanto, como existe hoje, pra cobrar (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021).

(...) inicialmente a gente tinha dinheiro carimbado, a gente tinha conta própria né, no processo de início da transformação, no final da década de 90 para os anos 2000, porque a lei é de 2001, a lei da saúde mental, não é, nós tivemos muito incentivo (verba), muito incentivo mesmo, e aí a gente fazia além desse Termo de Ajustamento de Conduta com o Ministério Público que a Secretaria Municipal de Saúde teve que se comprometer em fazer, a gente conseguia entrar em vários projetos, projeto da residência terapêutica, projeto do CAPS, daí cada projeto tinha isso né, de cada paciente desinstitucionalizado, a AIH que ia para aquele paciente, quando ele era desinstitucionalizado, vinha para o município esse dinheiro, e a gente aqui geria esse dinheiro, da saúde mental e o dinheiro das oficinas terapêuticas, dinheiro da consulta ambulatorial também, a gente tinha duas contas na saúde mental, eu não sei o ano, mas quando as contas foram todas com Fundo Municipal de Saúde único, a gente perdeu muito a ingerência sobre o que comprar, onde investir. (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 4, 2021).

O papel do Ministério da Saúde, por meio do novo modelo de gestão, trouxe maior transparência aos repasses financeiros e o compromisso de elaboração do relatório anual de gestão, informando os indicadores e metas alcançados ou não, bem como os responsáveis e os pactos entre os gestores, na Programação Pactuada Integrada, da qual o Conselho de Saúde, em cada esfera de governo, tem sua participação obrigatória (BRASIL, 2003).

No que diz respeito aos protagonistas do processo de construção da Raps no município de Duque de Caxias, a entrevistada 1 destacou a importância do conselho gestor do Caps Leslie vinculado ao Conselho Municipal de Saúde.

(...) o CAPS Leslie tinha um conselho gestor ligado ao conselho municipal de saúde, muito efetivo, então o maior parceiro da saúde mental nesse período foi o Conselho Municipal de Saúde. O CMS ia aos Caps, visitava o serviço, acompanhava a implementação, via a verba, cobrava do gestor. (...) a gente teve gestores aí que simpatizaram também com a causa, secretário de saúde, prefeito na época, mas quem investiu mesmo nessa cobrança para que isso pudesse acontecer, foram os conselhos gestores do CAPS e do CAPSi (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021).

A experiência exitosa com o Conselho gestor do Caps Leslie foi, de acordo com a entrevistada 1, vivenciada no Capsi: “(...) O CAPSi, logo depois que foi montado, a gente conseguiu montar um conselho gestor, para que ele pudesse ter continuidade.” (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021).

(...) esses conselhos foram que fortaleceram a gente poder tá levando os serviços pra fora, por exemplo, se a gente queria montar um serviço de saúde mental no ambulatório na UPH de Saracuruna, então o conselho já ia lá, já visitava, já falava qual era a nossa proposta, no dia em que nós levamos a proposta eles iam conosco, para não ficar só uma coisa da saúde mental, havia um entendimento e uma contribuição muito forte (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021).

O controle social no SUS, através dos Conselhos Gestores de Saúde (CGS), visa a participação da população na fiscalização dos recursos destinados à saúde. A principal função dos CGS é atuar na gestão das unidades de saúde, de forma participativa e compartilhada, envolvendo profissionais e comunidade, considerando ao longo das discussões e negociações, saberes e experiências dos sujeitos envolvidos, a fim de construir consensos. Trata-se, portanto, de uma gestão participativa conjunta, atendendo ao princípio de corresponsabilização pelos resultados almejados, de forma ética, objetivando a maior resolutividade das ações e serviços de saúde⁸⁰ (BRASIL, 2018).

Além da importância atribuída a este Conselho no município de Duque de Caxias, verificou-se a menção a gestores *simpáticos* à implementação e acompanhamento dos novos serviços de saúde mental, em um contexto marcado pela intervenção do MP, financiamento do MS e participação efetiva do Conselho Municipal e dos conselhos gestores dos Caps II Leslie e Capsi. Contudo, tais elementos não foram suficientes para impedir a presença histórica da lógica manicomial nos serviços de saúde mental, os estigmas associados aos

⁸⁰ Disponível em: <https://redehumanizasus.net/conselho-gestor-de-saude-dialogando-sobre-experienciase-desafios/>

usuários em sofrimento psíquico e a precarização da política e do exercício profissional da equipe multiprofissional. Assim, cada vez mais, vivenciando conflitos no cotidiano dos serviços, enquanto expressão dos projetos de saúde mental em disputa que impactam em suas condições de trabalho e na ampliação da insegurança do trabalho, funcionais ao projeto capitalista de sociedade.

Neste contexto de disputas, ao estabelecer a participação comunitária como princípio organizacional do SUS, a Constituição Federal de 1988 apontou para a relevância da inserção da população brasileira, tanto na formulação de políticas públicas, como na defesa do direito à saúde. As conferências municipais de saúde, também denominadas de “fóruns municipais” são instâncias colegiadas, de caráter consultivo do controle social (SILVEIRA et al., 2014). A relação desses fóruns com os diversos setores da sociedade, caracterizando a intersetorialidade, fortaleceram as parcerias no município, como pode ser observado no relato sobre a garantia de direito dos usuários ao vale transporte para irem ao Caps:

(...) depois disso a gente criou os fóruns municipais, e nos fóruns municipais a gente tinha uma boa articulação da rede, a gente tinha educação, a gente tinha justiça, a gente tinha o fortalecimento de parceiros, por exemplo, uma época a gente precisou de vale transporte pros pacientes irem pro Caps, então a gente procurou alguns parceiros que eram da reabilitação na época, que também tavam precisando disso, então a gente foi pra câmara pedir esse vale transporte e a gente conseguiu. Aí a gente foi pra câmara com todos os pacientes, com os familiares, com todos esses parceiros que iam aí pros nossos fóruns, então os fóruns fortaleceram muito essas parcerias no município (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021).

Nesse contexto, a entrevistada 1 destaca a importância da participação de profissionais de diferentes políticas (saúde, educação e justiça) nos fóruns. Além destes, a entrevistada 4, também enfatiza a realização, no ano de 2004, do Fórum de saúde mental dos profissionais, gestores e usuários:

(...) então assim a gente tinha lá, não sei quando começou, mas assim, naquela época, em 2004, já tinha um fórum de saúde mental dos profissionais, gestores e usuários, o fórum de saúde mental não era um movimento social era um fórum de saúde mental organizado pela Secretaria Municipal de Saúde, pela coordenação de saúde mental, onde havia a participação dos funcionários, usuários, diretores e a gerência de saúde também, todo mundo junto ali [...]. (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 4, 2021).

Além do Fórum de saúde mental, destacam o Conselho Municipal de Saúde, outra instância colegiada de participação popular, reunindo representantes da população, dos usuários, dos familiares, dos prestadores de serviços e dos gestores:

No Conselho Municipal de Saúde, a gente já tinha participação maior da população, dos usuários, dos familiares, e dos conselheiros, e dos gestores, porque

também é feito pelos gestores o conselho, então o Conselho foi um instrumento extremamente importante pra construção da raps de Caxias. (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 1, 2021).

Além disso, o protagonismo dos Movimentos Sociais foi enfatizado na fala da entrevistada 4: (...) *quando cheguei lá tinha chamado ‘a semente’ (...).*” (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 4, 2021).

O destaque para esse movimento em particular, possibilitou-nos investigações a respeito do mesmo, no entanto, não obtivemos sucesso. Ainda assim, é importante destacar que a histórica presença de movimentos sociais na intensificação das ações políticas nas esferas municipais, estaduais e federal de governo, com destaque para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que, possivelmente, tornou-se presente no município por meio do movimento mencionado ou o inspirando.

Além deste, a entrevistada 4 menciona, ainda que sem detalhar posteriormente, a presença de outros movimentos sociais.

(...) Mas a gente tinha nesse espaço a presença de movimentos sociais, ali de Caxias, assim, Caxias é muito grande, então tinha a associação de moradores de alguns lugares (...), associação de familiares do CAPS. (DEPOIMENTO DA ENTREVISTADA 4, 2021).

Por fim, destaca-se que, ainda que se identifique no período de construção da Raps de Duque de Caxias um misto do paradigma manicomial e psicossocial, trazendo conflitos na gestão e execução dos serviços, articulado a reduzida qualificação profissional no tema álcool e drogas, o município avançou na construção de instancias de participação popular, como o conselho gestor do Caps Leslie Chavin, a criação dos fóruns municipais de saúde, a consolidação do conselho municipal de saúde, contanto também com a presença de associações de moradores e do movimento de usuários e familiares denominado —a sementell, além da possível participação de outros movimentos sociais. Tais depoimentos demonstram a importância destas iniciativas, contudo, é preciso reconhecer a política de saúde mental no município como campo de disputas, o que demonstra ainda, atualmente, a interferência do Ministério Público e a lentidão na ampliação dos equipamentos de saúde mental, a fim de atender minimamente a legislação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial no município de Duque de Caxias, seus conflitos, correlações de forças, articulações políticas e principais protagonistas constituíram a base sobre a qual a *casa da saúde mental* repousa nesse território. Trata-se de uma *casa ainda em construção*, cujos alicerces abrigam as pedras duras transplantadas das antigas construções epistemológicas de loucura, pesadas pelo seu estigma, em um território político e socialmente marginalizado: a Baixada Fluminense e, particularmente, o município de Duque de Caxias.

Fez-se um trabalho investigativo, sob o ponto de vista interpretativo dialético, recorrendo a rastros históricos e pistas acadêmicas, reunindo depoimentos, informações e induções qualitativas, sobre a trajetória da política de saúde mental no Brasil, passando pelo encarceramento da loucura, o movimento de reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial, identificando conflitos e correlações de forças durante todo o processo.

Tal qual escavadores atentos e incansáveis, buscamos ampliar os estudos a respeito do tema da construção da política de saúde mental por meio da Rede de Atenção Psicossocial no Município de Duque de Caxias/RJ, sendo a primeira limitação a ausência de estudos a respeito no município em questão, enquanto a busca por protagonistas do processo foi a segunda dificuldade encontrada.

Marcada por interesses contraditórios, alvo de disputas, lutas e correlações de forças, que se expressaram a partir das lutas sociais, na oferta dos serviços de saúde mental, o processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial no Município de Duque de Caxias, evidenciou fundamentos da dominação, da exploração e dos processos de alienação na sociedade capitalista.

Nosso percurso teve início no estudo da hospitalização, na criação dos manicômios, instituições asilares de confinamento às pessoas com transtornos mentais, consideradas fora dos padrões sociais, indesejáveis e inválidas, sujeitas a tratamentos e recursos em um sistema hierárquico-punitivo, o manicômio, equipamento de violência institucional, considerando que a loucura era institucionalizada como risco e periculosidade social.

Diversas instituições ampliaram o espaço asilar no início do século XX, como a Colônia de Alienados do Engenho de Dentro em 1911 e a Colônia de Alienados de Jacarepaguá que passou a se chamar Colônia Juliano Moreira, em 1935, ambas no Rio de Janeiro.

Nesse momento, até a década de 1970, a ênfase na patologização, no isolamento, em tratamentos violentos e arcaicos, na mercantilização do sofrimento psíquico, culminaram com a mobilização social contra o asilamento e o modelo hospitalocêntrico curativo de abordagem à saúde mental, dando início ao movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com a busca de um novo paradigma, caracterizado por um conjunto de ações coletivas e intersetoriais, envolvendo profissionais de saúde mental, usuários e familiares das pessoas com transtornos mentais.

Destacamos o papel do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, como o primeiro coletivo atuando na reformulação da assistência psiquiátrica, o qual denunciou o sistema nacional de assistência psiquiátrica, suas práticas de tortura, fraudes e corrupção. Somado a esse movimento, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e o Movimento de Renovação Médica, foram espaços de produção de conhecimento e pensamentos críticos à institucionalização da loucura, tudo isso acontecendo quase simultaneamente entre as décadas de 1970 até o final da década de 1980, caracterizando a luta antimanicomial.

Dessa forma, com o advento do Sistema Único de Saúde, proposto na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a saúde é tratada como um direito de todo cidadão na Constituição Federal de 1988, implicando no projeto de lei n. 3.657/1989, que dispôs sobre a extinção progressiva dos manicômios, porém foram necessários 11 anos de luta para que não houvesse retrocessos ao modelo anterior, ou seja, o conflito interparadigmático.

A partir de então pode-se dizer que a construção da Política de Saúde Mental no Brasil primou pela humanização da atenção, consoante aos princípios da universalidade, integralidade, de forma descentralizada e por meio de uma gestão democrática, na defesa do acesso, livre de qualquer tipo de discriminação ou preconceito, sendo a primeira conquista do movimento da Reforma Sanitária. Dessa forma, a criação do SUS respaldou a Reforma Psiquiátrica.

Porém, o maior avanço veio com o projeto de Lei Paulo Delgado, em 2001, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo de assistência em saúde, impulsionando a construção de um tratamento mais humanizado, privilegiando serviços de base comunitária, em especial os Centros de Atenção Psicossocial, rompendo com o foco da hospitalização enquanto única possibilidade de tratamento, como serviços ambulatoriais especializados, articulando-se aos demais serviços do SUS, na lógica do território, construindo planos terapêuticos singulares, integrando a saúde mental à

atenção básica, sendo os principais serviços com o objetivo em acolher a pessoa com transtorno mental, na Rede de Atenção Psicossocial que se iniciava.

Retomando a metáfora da *casa*, depreende-se que o Brasil continua em um processo de transição, uma construção onde o modelo antigo não domina, porém o novo ainda não é hegemônico, revelando os conflitos ainda presentes para a consolidação das propostas humanizadoras e desinstitucionalizantes da Reforma Psiquiátrica, onde as tensões, como um campo de disputas e contradições, integram a política de saúde mental.

Outrossim, a construção de uma Rede de Atenção Psicossocial se fez necessária com a responsabilidade de redirecionar o modelo de atenção à saúde mental em caráter substitutivo, partindo da implantação dos Caps, pensada como uma rede ampliada territorial de cuidado, onde o usuário se encontra. São os hospitais psiquiátricos e todos os serviços extra-hospitalares, como: os Caps, Naps, Residências Terapêuticas, Consultórios de rua, Serviços de tratamento psiquiátrico ambulatorial, envolvendo a família, os vizinhos, o local de trabalho e as instituições de ensino nessa rede ampliada.

No entanto, um dos principais obstáculos enfrentados no processo de construção da Raps é a política neoliberal, centralizada no mercado e na obtenção do mais valor, determinando desmontes às políticas sociais públicas, como na área da saúde, educação, assistência social, previdência, entre outras, tendendo a investir apenas em ações paliativas, focalizadas, assistencialistas, repassando responsabilidades à família, à solidariedade e ao mercado, mercantilizando a vida social, com o incentivo à medicalização da saúde mental e visando o lucro através das indústrias farmacêuticas.

Os principais ataques à Reforma Psiquiátrica advindos do neoliberalismo podem ser observados na ambulatorialização do cuidado com equipes especializadas, com ênfase na prescrição medicamentosa, desconstruindo a lógica de cuidado no território; a remanicomialização da saúde mental, com grande investimento financeiro, aumentando mais que o dobro o valor da diária dos manicômios, seguido do não aumento de repasse para os Caps desde 2011, levando à precarização dos serviços, com dificuldades em sua operacionalização; a utilização de até 20% dos leitos em Hospitais Gerais para alas psiquiátricas, gerando maior investimento em internações, reduzindo o investimento nas estratégias de reabilitação psicossocial; ampliação de número de vagas das comunidades terapêuticas, com a ausência de investimentos na Raps e a redução do cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (DELGADO et al, 2020, p. 8).

Tudo isso pôde ser observado na Criação de Hospital Psiquiátrico, Hospital Dia e Unidades Ambulatoriais Especializadas no âmbito das Raps; inclusão da Eletroconvulsoterapia (ECT) para o tratamento de usuários em determinadas situações, a possibilidade de internação de crianças e adolescentes em enfermarias psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos e a ampliação dos serviços de residências terapêuticas religiosas, caracterizando um processo de contrarreforma do Estado.

Com o advento da pandemia mundial da Covid-19, em 2020, ocorreu a descontinuidade de todas as atividades coletivas nos serviços de atenção psicossocial, agravando as condições de saúde mental e física de usuários e seus familiares, contando com pouco ou nenhum recurso político-institucional para o enfrentamento de seus transtornos e agravando o processo de precarização e sucateamento já instalado.

Nesses processos, merecem destaque as iniciativas de resistência ao desmonte da Reforma Psiquiátrica, como o Movimento Nacional de Luta antimanicomial, criado em 1987 e que, atualmente luta pela ampliação da rede psicossocial de serviços comunitários; o fim definitivo dos manicômios, que se concentram em Sorocaba, no Estado de São Paulo, município que reúne o maior número de manicômios do país; além de denunciar retrocessos relativos à saúde mental (BRASIL, 2015, p. 42). Da mesma forma, a Associação Brasileira de Saúde Mental tem um papel crucial, por se tratar de uma organização não governamental, cuja principal finalidade é o apoio e articulação para familiares, usuários, conselhos de profissionais, movimentos sociais, dentre outros, na defesa da luta antimanicomial.

Como iniciativas importantes, a título de exemplo, destacamos ainda: a Frente Estadual Antimanicomial de São Paulo, a Frente Parlamentar Mista em Defesa da Reforma Psiquiátrica; no Distrito Federal, a Frente Parlamentar Mista em Defesa da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial; a Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, a qual criou a Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica; a Frente Ampliada de Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial (FASM) que elaborou o documento “Diretrizes para um modelo de atenção integral em Saúde Mental no Brasil”; a Frente Parlamentar em Defesa da Saúde Mental e da Luta Antimanicomial, da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj).

No Estado do Rio de Janeiro, há o destaque para o Núcleo Estadual do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, constituído por militantes e pesquisadores do campo político social, na luta por uma sociedade sem manicômios, além de outros.

No âmbito da pesquisa e produção de conhecimentos, exemplificamos o Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUPPSAM/IPUB/UFRJ), através da Frente Estamira de Caps, operando em defesa da saúde mental pública, territorial, comunitária e democrática.

Diante do exposto, voltemo-nos para o município de Duque de Caxias a fim de apresentar as principais considerações a respeito do processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial, tendo como base suas particularidades, como por exemplo o crescimento demográfico, sem investimento em ações estruturantes, marcado por históricas disputas político-partidárias, desvalorização da democracia, força policial utilizada para fins políticos, coronelismo e clientelismo que atravessam ao longo do tempo e se expressam nos dias atuais, por meio da violência, carecendo de investimentos em políticas públicas de saúde e demandas infraestruturais, onde o baixo IDH-M indica uma baixa qualidade de vida da população, condições precárias de saneamento, violência e desemprego.

Por conseguinte, a partir da contribuição das profissionais entrevistadas e em diálogo com outras produções acadêmicas, verificamos que a questão central na origem da Raps no município de Duque de Caxias esteve vinculada ao processo de desinstitucionalização de usuários com transtornos mentais internados em instituições manicomiais, com destaque para a Casa de Saúde Dr. Eiras, o maior manicômio da América Latina. Seu fechamento iniciado no ano de 2000, após denúncias de violações severas dos direitos humanos, coincide com a Reforma Psiquiátrica brasileira. Além disso, não havia um serviço organizado, composto por profissionais de referência em saúde mental, para os munícipes. Houve relatos de iniciativas individuais desenvolvidas por uma enfermeira e um psiquiatra, a partir do final dos anos 1980 e início dos anos 1990, em uma unidade básica de saúde.

O papel do Ministério Público foi fundamental nesse processo, com ações contra aquela instituição manicomial, criando a necessidade de se pensar na implementação de serviços de saúde mental na região, com a criação do Centro de Atenção Total ao Adolescente, primeira instituição municipal vinculada à Secretaria de Saúde que foi criada em 1996, no intuito de prevenir o uso abusivo de drogas, além de exercer apoio administrativo.

As mudanças operadas na atenção à saúde mental no município apontaram para tensões dentro dos próprios serviços, uma vez que representavam rupturas com o modelo anterior, confluindo para uma dimensão ampliada do cuidado, articulando-se com as

legislações nacionais que começavam a trazer novas demandas para o Estado e municípios, na construção de uma nova política de saúde mental.

Após a criação do CEATA (1996), foi criado o primeiro Caps no município de Duque de Caxias, o Caps II Leslie Chavin (2002), integrando-se aos demais equipamentos que formaram a Raps no município. Posteriormente, o Caps AD Raul Seixas é criado (2008), objetivando romper o ciclo formado pelas recorrentes internações psiquiátricas ou pela trajetória de internação de longos anos. Além disso, a ampliação da Raps no município contou com o advento da residência terapêutica (1993); leitos psiquiátricos disponíveis no Hospital Municipal Moacyr do Carmo (inaugurado em 2008) e ambulatórios nas Unidades Pré-Hospitalares, com equipe mínima (assistente social, psicólogo, psiquiatra, oficineiro e enfermeiro).

Os principais protagonistas dessa construção foram os próprios profissionais, oriundos de concursos públicos nas décadas de 1990 a 2000. Porém, houve dificuldades quanto ao direcionamento da equipe multiprofissional, de nível superior, formada predominantemente, por psiquiatras e psicólogos, além de terapeutas ocupacionais, por meio dos concursos públicos, sem formação especializada, contando apenas com a articulação com o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao uso de drogas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, para qualificação de duas profissionais de Duque de Caxias.

No processo de construção e ampliação da Raps no município, houve menção a importante participação de instituições e instancias de participação, como: o Ministério Público, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Gestor de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Fóruns de Saúde e movimentos sociais, como o já citado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e o movimento social —A Sementel, porém não foi possível localizar informações sobre esse último.

Além disso, verificamos ao longo da pesquisa, as seguintes características da incipiência da política de saúde mental na época: escassez de concursos públicos na área de saúde mental, em Duque de Caxias, determinando um processo de contratação/terceirização profissional; precarização do trabalho; e a indefinição quanto a instituição, setor e funções dos recém concursados.

A pesquisa também verificou a persistência de uma cultura manicomial e hospitalocêntrica responsável por práticas discriminatórias, baseadas em julgamentos morais sobre os usuários em sofrimento psíquico, sobretudo os usuários de álcool e outras drogas,

resultando na tentativa de isolamento no interior dos novos serviços de saúde mental e na dificuldade de criação de um fluxo de atendimento ao usuário.

Dessa forma, conclui-se que os conflitos entre a “velha” e a “nova política” de saúde mental, onde a dissonância entre a obrigatoriedade na implantação dos novos serviços de saúde mental e os valores antimanicomiais, contribuíram e ainda contribuem para a discriminação e isolamento de usuários, constatação de que a política de saúde mental está em permanente disputa entre os modelos manicomial e psicossocial, nos diferentes saberes e fazeres.

Tais conflitos são refletidos na baixa ou nenhuma autonomia dos usuários, quanto à sua interação com o meio interinstitucional e o meio externo, criando dificuldades para a desinstitucionalização eficiente e humanizada, isolando-os em serviços que deveriam socializá-los e reintegrá-los à vida social.

A consolidação da luta antimanicomial, envolvendo vontade política, adesão ao modelo psicossocial pelos atores sociais envolvidos, capacitação dos profissionais, garantia de direitos aos usuários, bem como autonomia de profissionais e usuários, a fim de efetivar a Raps e construir um modelo de saúde mental pautado na atenção psicossocial, ainda é um longo caminho a ser percorrido, o caso do município de Duque de Caxias exemplifica essa afirmativa.

REFERÊNCIAS

- ABIRACHED, R. T. **Atuação da enfermagem na implantação das residências terapêuticas para pessoas com transtorno psiquiátrico no município de Duque de Caxias-RJ (2004-2011)**. Tese de doutorado, LILACS, BDEFN – Enfermagem, 2017.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução RDC nº 29, de 30 de Junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Diário Oficial da União 2011; 1 jul
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução - RDC nº 101, de 30 de maio de 2001**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Diário Oficial da União 2001; 31 maio.
- ALVES, J. C. S. **Dos barões ao extermínio: Uma história da violência na Baixada Fluminense**. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.
- AMARANTE, P. A **(clínica) e a reforma psiquiátrica**. In: AMARANTE, P. (Org.). Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.
- AMARANTE, P. **Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil**. In: _____. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- AMARANTE, P. **Novos sujeitos de direito: o debate em torno**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P., NUNES, M.O. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):2067-2074, 2018. Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>
- AMARANTE, Paulo; DIAZ, Fernando Sobhie. **Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 83 - 95, jan Saúde mental, formação e crítica. Rio de Janeiro: 2008.
- AMARANTE, P, organizador. **“loucos pela vida”: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1995.
- AMARANTE, P. **Manicômio e loucura no final do século e do milênio**. In: FERNANDES, Maria Inês, SCARCELLI, Ianni e COSTA, Eliane. *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP, 1999 (p. 47-56)
- ANTUNES, R.; DRUCK, G. **A terceirização como regra**. *Revista do Tribunal Superior do Trabalho*, São Paulo, v. 79, n. 4, p. 214-231, out./dez. 2013.

- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL (ABRASME). **O cuidado em saúde mental e a contra-reforma psiquiátrica: posicionamento crítico da ABRASME à nota técnica do Ministério da Saúde (MS) n. 11/2019 de 04 de fevereiro de 2019**. 19 de fev. 2019.
- BARBOSA, A.S; BARRETO, M.C. **Saúde Mental e o Trabalho Intersectorial: Estratégias e desafios para a Atenção Psicossocial em Tempos de isolamento social**. Saúde Mental e Drogas Em tempos de Pandemia: Contribuições do Serviço Social. Editora Navegando.2020
- BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.
- BEHRING, E.R; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- BISNETO, J. B. **Serviço Social e Saúde Mental – Uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007. Cap. 1
- BOCCOLINI, C.S; BOCCOLINI, P. M. M; DAMACENA, G. N.; FERREIRA, A. P. S; SZWARCOWALD, C, L. **Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde**, 2013.
- BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J., organizadores. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Maria Lúcia Magalhães Bosi & Francisco Javier Mercado. Editora Vozes, Petrópolis, 2004, 607p.
- BRAGA, T.B.M, FARINHA, M.G. **Sistema Único De Saúde E A Reforma Psiquiátrica: Desafios E Perspectivas**. Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica - Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v24n3/v24n3a09.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Lei n 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil-03/leis_2001/l10216.htm.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, **estabelece sobre os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 224 de 29 de janeiro de 1992 que **estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Diretrizes para um modelo de atenção integral em Saúde Mental no Brasil**. Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP. 2014

BRASIL. Ministério da Cidadania. Portaria nº 437, de 13 de julho de 2020. **Estabelece parâmetros para o reconhecimento de organizações da sociedade civil como Centro de Referência em Dependência Química - CEREDQ**. Diário Oficial da União, Brasília, 15 de julho de 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde investe em ações de saúde mental durante a pandemia**. 2020b. Disponível em:
<https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47595-ministerio-da-saude-vesteem-acoes-de-saude-mental-durante-a-pandemia>. Acesso em: 20 de julho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.516, de 21 de setembro de 2020. **Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de custeio para a aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica utilizados no âmbito da saúde mental em virtude dos impactos sociais ocasionados pela pandemia da COVID-19**. Diário Oficial da União, Brasília, 22 de setembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde investe mais de R\$ 65 milhões na ampliação da rede de saúde mental**. Publicado em 29/10/2020. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-veste-mais-der-65-milhoes-na-ampliacao-da-rede-de-saude-mental>. Acesso em: 20 set. 2021.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária**: elementos para o debate. Saúde e Serviço Social, 2004.

BRAVO, M.I.S, PELAEZ, E.J. **Avanços Das Contrarreformas Na Saúde No Governo Temer**. Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. 2018.
Disponível em: <file:///C:/Users/medei/Downloads/22056-Texto%20do%20artigo71840-1-10-20190518.pdf>

BROTTO, Marcio Eduardo. **Mudar para Permanecer? História, Cultura Política e Assistência Social em Duque de Caxias/RJ**. Tese (Doutoramento em Serviço Social) apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio. Rio de Janeiro, Junho de 2012

CABRAL, S. B.; DAROSCI, M. **A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil: uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019)**. III Seminário nacional de Serviço Social, trabalho e política social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

CAMAZ, F.R. **Duque de Caxias-Rio de Janeiro: contradições entre crescimento econômico e desenvolvimento social**. Espaço e Economia Revista Brasileira de Geografia Econômica. Ano IV, n.7, 2015.

CARDOSO, A.J.C, TRINO, A., PEDRA, M., MEDEIROS, P.P. **Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental**. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 8(1), 57-63, mar, 2014.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 20 ago. 2021.

CISLAGHI, J.F. **Financiamento e Privatização da Saúde no Brasil em Tempos Ultraneoliberais**. *Humanidades & Inovação*, v. 8, n. 35, p. 15-24, 2021.

COE; N.M; DUARTE; M,J,O. **A construção do Campo da Atenção Psicossocial na Política Pública de Saúde Mental no Brasil: Rupturas, Tessituras e Capturas**. Serviço Social, Saúde Mental e Drogas. Editora Papel Social. 2017

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Garamond; 2007

COSTA, T. C. R. da. **A política de saúde mental na contemporaneidade: entre a inovação e o conservadorismo**. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/27636>. Acesso em: junho 2021.

COSTA, N. R. Direito à saúde na constituição: um primeiro balanço. *Cadernos de saúde pública*, 5 (1), Jan. 1989.

DELGADO, P. G. G. **Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4701-4706, 2011.

DELGADO, P.G. **Reforma Psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v17n2/1678-1007-tes-17-02-e0020241.pdf>

DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01**. Brasília: [s.n.], 2021.

DRUCK, G. **Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios?** Caderno CRH, Salvador, v. 24, 2011.

DUARTE, M. J. de O. **Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência**. *Revista Libertas, Juiz de Fora*, v.18, n.2, p. 227-243, ago./dez., 2018.

DULCE, E. **Nise da Silveira: a mulher que revolucionou o tratamento mental por meio da arte**. São Paulo 15 de Fevereiro de 2018. Disponível: <https://www.brasildefato.com.br/2018/02/15/nise-da-silveira-a-mulher-querevolucionou-o-tratamento-da-loucura-por-meio-da-arte>

ENNE, A.L. **Em “busca de dias melhores”**: cultura e política como práticas institucionais na Baixada Fluminense. *Rumores*, ed.12, nº6, nº2, p. 170-193, julho dezembro, 2012.

FONTE, E.M.M. **Da Institucionalização da Loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil**. Estudos de Sociologia, [S.l.], v. 1, n. 18, mar. 2012. ISSN 2317-5427. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

FOUCAULT, M. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 551p. (Estudos, 61), 1978.

FRAZÃO, F. **Luta antimanicomial: Movimentos denunciam retrocesso nas políticas de saúde mental**. Brasil de Fato | São Paulo (SP) | 12 de Dezembro de 2019. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/12/12/movimento-denunciadesmonte-do-sus-e-retrocessos-na-luta-antimanicomial-no-brasil>. Acesso em: 15 ago. 2021.

FRENTE ESTAMIRA DE CAPS. **RELATÓRIO 02/2020**, versão 10 (atualizada em 14/07/2021). Distribuição regional e situação atual dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no estado do Rio de Janeiro. 2021.

FRENTE ESTAMIRA DE CAPS. **Distribuição regional e situação atual dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no estado do Rio de Janeiro**. 2020.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro (RJ): LTC; 1998.

GUERRA, Y. **A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância**. Serviço Social e Sociedade, n. 104, São Paulo, 2010.

GUIMARÃES, T. de. A. A; ROSA, L. C. dos. S. **A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista**. O Social em Questão, ano XXII, n.44, p. 111-138, mai. /ago. 2019

HARVEY, D. **O neoliberalismo: História e implicações**. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

IAMAMOTO, M.V. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: Serviço Social: Direitos sociais e Competências profissionais**. v.1. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PIB dos municípios brasileiros. 2010**. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Pib_Municipios/2010/pdf/tab01.pdf. Acesso em: 28 jul 2021.

LAURELL, A.C (org.). **Estado e Políticas Sociais no neoliberalismo**. Revisão técnica de Amélia Cohn; Tradução de Rodrigo León Contrera. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2002

LEMLE, M. **O primeiro hospício do Brasil e o controle social no fim do século XIX** [online]. SciELO em Perspectiva: Humanas, 2016. Disponível em: <https://humanas.blog.scielo.org/blog/2016/10/28/o-primeiro-hospicio-do-brasil-e-ocontrole-social-no-fim-do-seculo-xix/>

LIMA, D.K.R.R; GUIMARÃES, J. **Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29(3), e290310, 2019.

LUZ, M. T. **Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática**. Saúde e Sociedade, 18 (2), 2019.

LUZ, M. T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80**. PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva, São Paulo, v.1, n.1. 1991.

MACIEL, S. C. **Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões**. Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, 4(8), 73-82, 2012.

MANSANERA, A. R.; SILVA, L. C. da. **A influência das ideias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil**. Psicologia em Estudo, 5 (1), 2000.

MARTINS, Beatriz A.; COELHO, Daniela A.; PEREIRA, Melissa de O.; PASSOS, Rachel G. (Ainda) **Por uma sociedade sem manicômios: experiências do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro**. O Social em Questão - Ano XX - nº 37- Jan a Abr/2017.

MENEZES, M. P.; YASUI, S. **A interdisciplinaridade e a psiquiatria: é tempo de não saber?** Ciência e Saúde Coletiva, 18 (6), Junho, 2013.

MENEZES, D. H. L. **Os modelos de gestão da Política de Saúde no Rio de Janeiro: um estudo do comparativo no cenário contemporâneo**. Tese (doutorado), Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

MINAYO, M. C. **Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social**. In: _____. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Justiça. **Edital de Credenciamento SENAD nº 01/2018. Dispõe sobre o processo de credenciamento para a contratação de serviços especializados de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário**, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Presidência da República. **Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências**. Brasília (DF), 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota Técnica de nº 11/2019. **Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 3.088/2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Protocolo nº 006/2006. **Aprova as Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde - PCCS - SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 256, de 11 de março de 2013. **Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família(NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)** , 2013.

MORAES, C. A. de S.; GONÇALVES, C. M. Contribuições para o debate da relativa autonomia do Serviço Social a partir da formação profissional. *Sociedade Em Debate*, 26(3), p. 131-145. <https://doi.org/10.47208/sd.v26i3.2727>, 2020.

MORAES, D.P.M. **A tranca como estratégia de cuidado”: uma análise das internações psiquiátricas na Área Programática (AP 3.0) do Município do Rio de Janeiro.** Dissertação. Universidade Federal Fluminense. 2021 .

MORAES; D.P. **Desafios da política de saúde mental em tempos de retrocessos: caminhamos ou não para o fim do hospício?** Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2018.

MORAIS, M.L. **A Baixada Fluminense "Respira os Ares do Progresso": Um Estudo do Distrito Industrial de Queimados – RJ.** Continentes: Revista de Geografia do Depto. de Geociências da UFRRJ – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, ano 3, n. 4, Jan. / Jun, p. 154-179, 2014.

MUYLAERT, C.J et al. **Vivências de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: organização social de saúde e prefeitura.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 3467-3476, 2015.

NOGUEIRA, R.C. **Sujeitos “reformados”: um estudo dos sentidos e configurações subjetivas construídos por usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Recife/PE.** Tese. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco, 2015

OLIVEIRA, L.D. **Uma Nova geografia da Baixada Fluminense.** Recôncavo: Revista de História da UNIABEU, Volume 4, Número 7, julho-dezembro de 2014a.

OLIVEIRA, L.D. **Geografia Econômica e Reestruturação Espacial Contemporânea: Passado e Presente, Desenvolvimento e Utopística.** Espaço e Economia [Online], 4 | 2014b. Disponível em: <http://espacoeconomia.revues.org/855>. Acesso em: 26 jul 2021.

OLIVEIRA, L.D. **“O espaço do coração é a compaixão”: Lições da Baixada Fluminense para a violência política no Brasil atual.** Dilemas, Rev. Estud. Conflito Controle Soc. – Rio de Janeiro – Vol. 14 – no 1 – JAN-ABR 2021 – pp. 319-327

OLSCHOWSKY A. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós-graduação "Lato Sensu"** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.

OTTÁVIO, T. C. P. **Marcos da Saúde Mental no Século XVIII**. Rede Humaniza SUS, 2019.

PAIVA, C.H.; TEIXEIRA, L.A. [Health reform and the creation of the Sistema Único de Saúde: notes on contexts and authors]. *Hist Ciênc Saude Manguinhos*, v. 21, n. 1, p.15-35, 2014.

PASSOS, R.G. **Trabalhadoras do care na saúde mental: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

PASSOS, R.G. Luta Antimanicomial no Cenário Contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. *Sociedade em Debate, Pelotas*, v. 23, n. 2, p. 55 - 75, jul./dez. 2017.

PASSOS, R.G. **“Holocausto ou Navio Negroiro?”**: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *ISSN 2176-9575 □ Argum.*, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018.

PASSOS, R.G. et al. **Comunidades terapêuticas e a (re) manicomialização na cidade do Rio de Janeiro**. *Argum.*, Vitória, v. 12, n. 2, p. 125-140, maio/ago. 2020.

PASSOS, R.G. **Trabalhadoras do care na saúde mental: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP, São Paulo, 2016.

PAULIN, L.F; TURATO, E.R. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970**. *História, ciências, saúde-Manguinhos*, v. 11, p. 241-258, 2004.

PEIXOTO, P.M. **Caxias: nume tutelar da nacionalidade**. Rio de Janeiro: Edico, 1973.

PEREIRA, P.A.P. **A Política social entre Deus e o diabo: determinações e funcionalidades no sistema capitalista**. A política social no Brasil – sujeitos, trajetórias e institucionalidades. Editora CRV. 2020

PERRONE, P.A.K. **A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 569-580, 2014.

PIRES-ALVES, F.A; PAIVA, C.H.A; LIMA, N.T. **Na Baixada Fluminense, à sombra da Esfinge do Rio**”: lutas populares e políticas de saúde na alvorada do SUS. *Ciênc. saúde colet.* 23 (6) Jun 2018

PITTA, A.M.F. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4579-4589, 2011

PITTA, A.M.F. **Os Centros de Atenção Psicossocial: Espaços de Reabilitação?** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 43, nº12. Rio de Janeiro, 1994, pp. 647-648.

PRUDENCIO, J.D.L. **A construção das redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas na saúde mental de municípios da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro**. Universidade Federal Fluminense, 2019.

PNUD. PLANO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013** - Consulta. Brasília: PNUD, 2013. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/consulta/>>. Acesso em: 24 jul 2021.

QUINDERÉ; P. H. D.; JORGE; M. S. B.; FRANCO, B., F. **Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [1]: 253-271, 2014.

REBOLI, K. G.; KRÜGER, T. R. **Participação e Saúde Mental**: as conferências nacionais de saúde mental. In: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais Florianópolis. Anais eletrônicos [...]. Florianópolis, 2013.

REIS, L. S. B., MATTA. T. S. R. **Abordando a História da Loucura**. 2015.

RIBEIRO, S.L. **A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo**. *Psicologia ciência e profissão*, 24 (3), 92-99, 2004.

RIBEIRO, L. S. **Uma visão sobre o tratamento dos doentes mentais no sistema público de saúde**. *Revista USP*, (43), 54-59, 1999.

RIO DE JANEIRO. Assembleia Legislativa do Estado do Rio De Janeiro. Projeto de lei no 565/2019. **Dispõe sobre o programa de atuação e acolhimento das Comunidades Terapêuticas como política pública permanente no estado do Rio de Janeiro e dá outras providências**. Plenário Barbosa Lima Sobrinho, 10 de maio de 2019.

RIBEIRO, S.L. **A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo**. *Psicol. cienc. prof.* 24 (3) • Set 2004.

ROBAINA, M.V.C. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental**. *Serviço Social e Sociedade*. no. 120. São Paulo: abr/ jun 2010.

ROCHA, A.S. **As representações ideais de um território: Dinâmica econômica e política, agentes e a produção de novos sentidos na apropriação territorial da Baixada Fluminense pós-1990**. Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

ROCHA, A.S. **Os efeitos da reestruturação econômica metropolitana na Baixada Fluminense: Apontamentos sobre o “novo” mercado imobiliário da região**. *Espaço e Economia*, 6 | 2015.

SANTOS, M. **A natureza do espaço – Técnica e tempo**. Razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

SARACENO B, ASIOLI F, TOGNONI G. **Manual de Saúde Mental: guia básico para atenção primária**. São Paulo: Hucitec; 1994.

SENNA, M.C.M. **Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) para usuários de álcool e outras drogas: inovações e tensões.** 8º Encontro Internacional de Política Social 15º Encontro Nacional de Política Social. 2020

SILVA, M.V. **O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares.** In: Conselho Federal de Psicologia, organizadores. Loucura, ética e política: escritos militantes São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

SILVA, A. T. M. C.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. **Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil:** a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. Revista Escola de Enfermagem. USP, v. 36, n. 1, p. 4-9, 2002.

SILVEIRA, L.A.; RIBEIRO, M.Â.C. **Situando Duque de Caxias no contexto metropolitano da Baixada Fluminense: de cidade-dormitório a cidade plena.** In: MARAFON, G.J., and RIBEIRO, M.A. orgs. Revisitando o território fluminense, VI [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2017, pp. 209-258. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/3zhhw/pdf/marafon-9788575114575-12.pdf> Acesso em 25 jul 2021.

STEDILE, N.L.R; GUIMARÃES, M.C.S; FERLA, A.A; FREIRE, R.C. **Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde.** Ciênc. saúde colet, v. 20, n. 10, Out, 2015

VENÂNCIO, A.T. **Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, p.35-52.

XAVIER, M.F.X. **Um político de farda: Caxias e a imposição do projeto de estado Saquarema no Cone Sul.** Tese (Doutoramento em Relações Internacionais), apresentada Programa de pós-graduação em Relações Internacionais da Universidade de Brasília – UnB. Brasília, 1º de novembro de 2018.

YASUI, S. **CAPS: Aprendendo a Perguntar.** In Lancetti, Antônio (org). Saúde e Loucura 1. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 47 a 59.

APÊNDICE I

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Qual a sua profissão?
2. Qual seu gênero?
3. Qual sua idade?
4. Participou e/ou participa de algum movimento social?
5. Como você avalia o processo de construção da RAPS no município de Duque de Caxias?
6. Quem foram os protagonistas desse processo de construção? (Considerando usuários, movimentos sociais, profissionais, gestores e sujeitos sociais de forma geral).
7. Quais foram as articulações políticas que protagonizaram a construção da RAPS no município de Duque de Caxias?
8. Houve conflitos ao longo do processo de construção da RAPS no Município de Duque de Caxias? Caso sim, quais? O que eles apontavam/defendiam?

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a), você está sendo convidado(a) para participar da Pesquisa: O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS, RJ

Esclarecimento acerca da pesquisa/entrevista:

Esta proposta está vinculada ao mestrado acadêmico do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, da Universidade Federal Fluminense (UFF) e se desenvolve sob orientação do Prof. Dr. Carlos Antônio de Souza Moraes. Tem como objetivo geral —analisar a construção da política de saúde mental por meio da Rede de Atenção Psicossocial, reconhecendo os conflitos e correlações de forças existentes no município de Duque de Caxias. Para tanto, por meio de pesquisa de campo, propõe-se a realização de entrevistas semi-estruturadas, na modalidade virtual, por meio da plataforma google meet, com informantes – chave que protagonizaram a construção da Rede de Atenção Psicossocial no município de Duque de Caxias, RJ. As entrevistas serão previamente agendadas, com tempo médio de 50 minutos e ocorrerão nesta modalidade devido a gravidade da pandemia da Covid-19 no país.

A pesquisa não oferece benefícios particulares, mas contribui com a análise sobre o processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial do município de Duque de Caxias/RJ, o que auxilia na construção de análises da política de saúde mental naquele município, contribuindo para a oferta de serviços de qualidade aos usuários desta política.

Quanto aos possíveis riscos, a participação na pesquisa pode provocar algo como incômodos ou constrangimento. Assim, e caso você prefira, eu me comprometo a interromper a entrevista, caso perceba algum tipo de desconforto neste sentido. Como também permitir que você fale dos eventuais incômodos com o objetivo de esclarecer e auxiliá-la a se sentir melhor. Caso haja necessidade, haverá o encaminhamento para o atendimento especializado na rede pública de saúde da região de moradia ou trabalho. A pesquisadora estará atenta em identificar possíveis riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, em função das limitações das tecnologias utilizadas a fim de assegurar confidencialidade e identificar os potenciais riscos de sua violação. Para amenizar esses riscos a pesquisadora se compromete em ter conhecimento da política de privacidade do google meet, a fim de assegurar os aspectos éticos.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para se recusar a participar, para retirar seu consentimento ou para interromper a participação a qualquer momento. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade. Você não será identificado(a) em nenhum

momento ou em qualquer publicação que possa resultar desse estudo. Uma via desse consentimento ficará com a pesquisadora e outra via com você. A participação no estudo (entrevista) não acarretará custos para você, e tampouco será disponibilizada qualquer compensação financeira. A sua participação é voluntária.

Quando a pesquisa estiver concluída, você poderá ter acesso aos seus resultados, bastando para isso fazer contato comigo através dos meios informados ao final desse documento.

Rubrica Pesquisadora

Rubrica Participante da Pesquisa

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por e.mail ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas: E.mail: etica.ret@id.uff.br Tel/fax: (21) 26299189"

DECLARAÇÃO DO (A) PARTICIPANTE

Eu, _____, abaixo assinada, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que fui informado/a dos objetivos da pesquisa —O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS, RJ de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Em caso de dúvidas, poderei contatar a pesquisadora Cristiane Medeiros dos Santos por meio do telefone (21) 9.8008-0182 e/ou e-mail: medeiros.seso@gmail.com. E também com o orientador da pesquisa Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes pelo e-mail: as.carlosmoraes@gmail.com.

Declaro também que recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido, e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Além disso, () permito ou () não permito a gravação de áudio da entrevista. Caso permita, estou ciente que as falas na entrevista serão tratadas de forma anônima, garantindo absoluto sigilo quanto à minha identidade. O conteúdo das gravações ficará guardado em arquivo sob responsabilidade da pesquisadora e será destruído após 5 anos do término da pesquisa. Reforçando que este material será utilizado para a produção científica, sendo garantida a manutenção do sigilo e de sua privacidade durante todas as fases da pesquisa.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do/a Entrevistado/a

Assinatura do/a Entrevistado/a

Local e Data

Nome da Pesquisadora

Assinatura da Pesquisadora

Local e Data