

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA

KENNYA RODRIGUES NÉZIO AZEVEDO

**E aí as histórias ficam boas:
narrativas sobre a implantação dos Serviços Residenciais
Terapêuticos em Barbacena/MG**

São João del-Rei
PPGPSI-UFSJ
2014

KENNYA RODRIGUES NÉZIO AZEVEDO

**E aí as histórias ficam boas:
narrativas sobre a implantação dos Serviços Residenciais
Terapêuticos em Barbacena/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais e Socioeducativos

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Dalla Vecchia

Coorientadora: Profa. Dra. Rosângela M. A. Camarano Leal

São João del-Rei
PPGPSI-UFSJ
2014

Ficha catalográfica elaborada pelo Setor de Processamento Técnico da Divisão de Biblioteca da UFSJ

Azevedo, Kennya Rodrigues Nézio

A994a E aí as histórias ficam boas: narrativas sobre a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Barbacena/MG. [manuscrito] / Kennya Rodrigues Nézio Azevedo. – 2015. 172. ; il.

Orientador: Marcelo Dalla Vecchia Co-orientador Rosângela Maria Camarano Leal
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de São João del-Rei. Departamento de Processos Psicossociais e Socioeducativos / Programa de Mestrado em Psicologia.

Referências: f. 64- 127

1. Departamento de Processos Psicossociais e Socioeducativos/Programa de Mestrado em Psicologia - Teses 2. Reforma Psiquiátrica - Teses 3. Desinstitucionalização - Teses 4. Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – Teses 5. Trabalhadores de saúde mental - Teses I. Dalla Vecchia, Marcelo (orientador) II. Universidade Federal de São João del-Rei. Departamento de Processos Psicossociais e Socioeducativos / Programa de Mestrado em Psicologia III. Título

CDU 159.9

Ata de aprovação



PROGRAMA DE
MESTRADO EM
PSICOLOGIA

A Dissertação **E aí que as Histórias ficam Boas: Narrativas sobre a Implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Barbacena/MG**

elaborada por **Kenny Rodrigues Nézio Azevedo**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM PSICOLOGIA

São João del-Rei, 02 de Dezembro de 2014

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Marcelo Dalla Vecchia - (UFSJ)
Orientador

Prof. Dra. Rosângela Maria de Almeida Camarano Leal - (UFSJ)
Co-orientadora

Prof. Dra. Maria Stella Brandão Goulart - (UFMG)

Prof. Dr. Marcos Vieira Silva - (UFSJ)

DEDICATÓRIA

Aos Trabalhadores de Saúde mental.

AGRADECIMENTOS

A arte de viajar é uma arte de admirar, uma arte de amar. É ir em peregrinação, participando intensamente de coisas, de fatos, de vidas com as quais nos correspondemos desde sempre e para sempre
Cecília Meireles

A poesia de Cecília Meireles traduz a minha experiência em cursar esse mestrado. Posso afirmar que essa vivência foi importante para a minha formação intelectual, acadêmica, profissional e pessoal. Fui passageira em uma pequena viagem em direção à história de Barbacena ao lado das melhores companhias: os trabalhadores de saúde mental do município. Admirei e me encantei com cada entrevista. Portanto, gostaria de agradecer, especialmente, os trabalhadores que compartilharam comigo as suas histórias. Confesso que em alguns momentos senti o “peso” da responsabilidade de registrar em minha dissertação algo que lhes foi tão íntimo e pessoal. A disponibilidade e o carinho que fui recebida para cada entrevista ou pelos corredores da vida me motivaram e me entusiasmaram. Com certeza, sem a contribuição de vocês não seria possível a efetivação desse trabalho.

Desejo registrar o meu agradecimento a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta dissertação.

Ao Prof. Marcelo Dalla Vecchia, orientador deste trabalho, meus sinceros agradecimentos por todo apoio e incentivo, pela confiança, pela disponibilidade, pela dedicação e pelo profissionalismo. Obrigada por ter me acolhido no mestrado, me instigando a questionar, e por apontar as minhas limitações de forma tão generosa e motivadora.

À Profa. Rosângela Maria de Almeida Camarano Leal, coorientadora deste trabalho, minha eterna gratidão por ter me apresentado à pesquisa, por ser um exemplo de profissional e de mulher. Obrigada por me ajudar a descobrir o que eu mais gosto de fazer, pela amizade, pelo carinho e pelo companheirismo desde o período da graduação.

Ao André, meu querido esposo, por ter compartilhado comigo todas as etapas de construção deste estudo, pela disponibilidade em estar ao meu lado, com amor e compreensão, nos momentos de alegria e de angústia.

À Letícia, minha querida filha, que desde pequena me viu em meio a tantos livros e esteve sempre comigo, colorindo o seu gibi e aos poucos tomando gosto pela leitura. Obrigada por compreender as minhas faltas e os momentos de ausência. Apesar da pouca idade, você foi a maior incentivadora para que esse sonho se concretizasse. Agradeço imensamente a Deus por me prestigiar com a sua parceria e amizade nessa jornada.

À minha família, que se fez presente em todos os momentos. À minha mãe e aos meus queridos irmãos, minha eterna gratidão por vocês fazerem parte de minha história de vida. Com certeza, sem o apoio de vocês eu não teria chegado até aqui.

Aos colegas de mestrado, turma 2012-2014, Regina, Kellen, Patrícia e Ícaro. Com certeza, essa foi a “melhor equipe de pesquisadores” que o programa já teve. Gostaria de agradecer, de forma especial, à Regina, amiga e companheira. Obrigada por compartilhar os momentos de angústia e de incerteza, principalmente na reta final deste trabalho. A sua amizade e o seu bom humor foram essenciais.

Aos amigos-irmãos, que o curso de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) me propiciou: Ana Paula, Felipe, Gabriel, Felipe, Janaína, Roger e Roselne. Gratidão por tê-los nessa jornada. Obrigada pela acolhida na República, pelo carinho e pela amizade de vocês.

Ao Prof. Marcos Sávio, responsável por semear em mim a semente da docência e do trabalho social, ainda no período de graduação. Agradeço aos amigos da Associação Brasil-Alemanha de Desenvolvimento Social (ABADS) e aos meus primeiros alunos do curso de “Pré-vestibular Comunitário Dom Bosco”.

À Profa. Maristela Duarte, por sua disponibilidade e pela gentil contribuição.

À Maria Helena Jabur e Flávia Vasques, por compartilharem seus conhecimentos e experiências profissionais.

À querida Leandra, pela amizade e pela contribuição generosa durante a concepção deste estudo.

Aos amigos de profissão, professores da Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Ana Letícia, Ângela, Karina e Esther, pelo incentivo e apoio. Agradeço também aos meus queridos alunos, que me fizeram descobrir na carreira de professor uma profissão extremamente gratificante.

Aos colegas de trabalho do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), por me apoiarem desde o início dessa jornada. Obrigada por compreenderem a importância da conclusão do mestrado para a minha vida profissional.

Aos estagiários, que contribuíram para a transcrição das entrevistas.

À Secretaria Municipal de Saúde de Barbacena e seus gestores, pela autorização para a realização desta pesquisa.

Aos profissionais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e do Centro Hospitalar do Estado de Minas Gerais (CHPB), pelas conversas, mesmo que informais, porém, essenciais para a construção do meu objeto de estudo.

Aos professores e profissionais da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, por proporcionar aos estudantes todo o respaldo institucional, essenciais para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), pela concessão de apoio financeiro.

Agradeço a Deus por me fortalecer sempre que necessário e por me proteger durante inúmeras viagens realizadas para São João del-Rei.

RESUMO

Azevedo, K. R. N. (2014). E aí as histórias ficam boas: narrativas sobre a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Barbacena/MG. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São João del-Rei, São João Del-Rei.

A partir da nova configuração proposta pela reforma psiquiátrica, os serviços substitutivos e assistenciais de saúde mental se tornaram foco em relação aos atendimentos psiquiátricos realizados no país. Portanto, tornaram também objeto de estudo e, conseqüentemente, ponto inicial para as diversas modificações nacionais advindas deste movimento. Dessa forma, políticas de incentivo foram criadas a fim de ampliar os serviços socioassistenciais para receber pacientes psiquiátricos, até então, institucionalizados por longos períodos. O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) surgiu como um importante componente da política de saúde mental do Ministério da Saúde. Devido à necessidade de compreender o processo de implantação destes serviços, o presente estudo teve como objetivo principal investigar a história do processo de implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos da Rede de Atenção Psicossocial de Barbacena/MG, sob a perspectiva dos trabalhadores envolvidos neste processo. Trata-se de um estudo qualitativo, de amostragem intencional, que foi obtida pelos critérios estabelecidos pela técnica bola-de-neve. A estratégia escolhida como possibilidade de aproximação foi o método biográfico de história de vida, usado como narrativa de casos concretos significativos. Para a seleção dos participantes das entrevistas foi enfatizada a sua participação no contexto da reforma psiquiátrica no município, no período que compreende desde a saída dos pacientes dos hospitais psiquiátricos até sua inserção nos serviços substitutivos de saúde mental e nos SRT. A análise das entrevistas ocorreu por meio de três etapas: a transcrição, a textualização e a transcrição. Podemos perceber que as experiências pessoais dos profissionais foram importantes para que o trabalho nas Residências Terapêuticas se concretizasse no município. Observamos uma forte implicação afetiva nas narrativas dos trabalhadores em relação à atividade que exercem e/ou exerceram. De modo geral, consideramos que os resultados apresentados nesta pesquisa demonstraram os grandes avanços com a transposição da assistência em saúde mental para a implantação dos serviços substitutivos, em especial, com a implantação dos SRT.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Desinstitucionalização; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Residência Terapêutica; Trabalhadores de saúde mental.

ABSTRACT

Azevedo, K. R. N. (2014). And that's where the stores get better: narratives about the implementation of therapeutic residential service in Barbacena/MG. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São João del-Rei, São João Del-Rei.

From the new configuration proposed by the psychiatric reform, the substitute and mental health care services became a focus relative to the psychiatric treatment provided in this country. Therefore, they became object of study, and consequently, beginning point to many national modifications of this movement. So, incentive policies were created to increase the social assistance services to receive psychiatric patients, until then, institutionalized for a long time. Therapeutic Residential Service (TRS) emerged as an important component of mental health policies from Ministry of Health. Because of the need to understand the process of implementation of these services, this master's project aim to investigate the history of the implementation process of Therapeutic Residential Service in Psychosocial Care Network from Barbacena/MG, using the perspective of the workers involved in this process. This is a qualitative study of intentional sampling, which was obtained by the criteria established by the snow-ball technique. The strategy chosen as a possible approach was the biographical method of life history, used as a narrative of significant cases. To select the participants for interviews, was emphasized their participation in the context of psychiatric reform in this city, during the period that extends from patients' exit from psychiatric hospitals to their insert in mental health substitute services and in the TRS. Interview analysis occurred through three stages: transcription, textualization and transcreation. We understood that professional's personal experiences were important to concretize the work in Therapeutic Residential Service in the city. We noticed a strong affective involvement in workers narratives in relation to the activity they exercise and/or exercised. In general, we consider that the results presented in this study demonstrated great advances with the transposition of the mental health care to the substitute services' implantation, in special, the implementation of Therapeutic Residential Service.

Key-words: Psychiatric Reform; Deinstitutionalization; Therapeutic Residential Service (TRS); Therapeutic Residential; Mental Health Workers.

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| CONSIDERAÇÕES INICIAIS | 19 |
|-------------------------------------|-----------|

CAPÍTULO I

| | |
|---|-----------|
| UM BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA .. | 25 |
|---|-----------|

| | |
|---|----|
| O surgimento do Sistema Único de Saúde e as principais diretrizes para a Saúde Mental | 29 |
|---|----|

CAPÍTULO II

| | |
|--|-----------|
| OS CAMINHOS DA LOUCURA: “UMA PASSAGEM PARA BARBACENA” | 35 |
|--|-----------|

| | |
|---------------------------------------|----|
| 1 Barbacena: o cenário político | 35 |
|---------------------------------------|----|

| | |
|--|----|
| 2 O surgimento das instituições psiquiátricas: o Hospital Colônia de Barbacena | 39 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| 3 Barbacena: “Cidade dos Loucos”, “Trem de Doido” e “Cidade das Rosas” | 49 |
|--|----|

CAPÍTULO III

| | |
|---|-----------|
| A QUESTÃO NA MORADIA NO CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL | 52 |
|---|-----------|

| | |
|----------------|----|
| 1 Moradia..... | 54 |
|----------------|----|

| | |
|--|----|
| 2 Serviços Residencial Terapêutico | 57 |
|--|----|

CAPÍTULO IV

| | |
|--|-----------|
| PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 59 |
|--|-----------|

| | |
|--|----|
| 1 Pressupostos teórico-metodológicos | 59 |
|--|----|

| | |
|----------------------------------|-----------|
| 2 Fase Exploratória | 61 |
|----------------------------------|-----------|

| | |
|---|----|
| 2.1 Descrição do espaço de pesquisa | 62 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| 2.2 Estratégias para entrada no campo | 64 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| 2.3 Sujeitos incluídos na pesquisa | 66 |
|--|----|

| | |
|------------------------------------|-----------|
| 3 O trabalho de campo | 68 |
|------------------------------------|-----------|

| | |
|---|-----------|
| 3.1 Entrevistas | 71 |
| 4 Análise e tratamento do material empírico e documental | 73 |
| 4.1 Do oral ao escrito: transcrição e análise | 73 |
| 4.2 Validação | 77 |
| 5 Considerações éticas..... | 78 |

CAPÍTULO VI

DISCUSSÃO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

| | |
|--|------------|
| 1 A reforma psiquiátrica pelo olhar dos trabalhadores de Barbacena | 80 |
| 1.1 A transformação do modelo assistencial de Barbacena..... | 84 |
| 1.2 O Fortalecimento das clínicas privadas | 87 |
| 1.3 A inserção de outros profissionais não médicos na assistência em saúde mental..... | 88 |
| 1.4 Militantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira..... | 90 |
| 1.5 Módulos Residenciais..... | 94 |
| 1.6 A Casa Amarela..... | 95 |
| 1.7 Barbacena e a cultura de hospitalização | 97 |
| 1.8 As Avaliações do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH | 99 |
| 2 A Saúde Mental em Barbacena: o surgimento de propostas substitutivas ao modelo manicomial | 102 |
| 2.1 A implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Barbacena..... | 111 |
| 2.2 A parceria com o Instituto José Luís Ferreira..... | 120 |
| 2.3 O processo de trabalho desenvolvido nos SRT | 133 |
| 2.4 A preparação da comunidade | 136 |
| 2.5 O medo do desemprego com a implantação dos primeiros serviços substitutivos em saúde mental | 140 |
| 2.6 Contratação da equipe por indicação política..... | 142 |
| 2.7 Dimensão afetiva do Trabalho..... | 145 |
| 2.8 Críticas aos SRT de Barbacena | 149 |

| | |
|---|-----|
| 2.9 Cenário atual: a Desinstitucionalização da Clínica Mantiqueira..... | 151 |
|---|-----|

CAPÍTULO VII

| | |
|----------------------------------|------------|
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 154 |
|----------------------------------|------------|

| | |
|---|------------|
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 160 |
|---|------------|

| | |
|------------------------|------------|
| APÊNDICES | 171 |
|------------------------|------------|

| | |
|------------------------------------|-----|
| 1 Parecer do Comitê de Ética | 172 |
|------------------------------------|-----|

| | |
|---------------------------------|-----|
| 2 Termo de Esclarecimento | 173 |
|---------------------------------|-----|

| | |
|-------------------------|-----|
| 3 Carta de Cessão | 175 |
|-------------------------|-----|

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------|--|
| ABRAPSI | Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições |
| AIH | Autorização de Internação Hospitalar |
| ARENA | Aliança Renovadora Nacional |
| BPC | Benefício de Prestação Continuada |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAPS AD | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas |
| CAPS i | Centro de Atenção Psicossocial Infantil |
| CEBES | Centro Brasileiro de Estudos em Saúde |
| CEPES | Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos |
| CHP | Centro Hospitalar Psiquiátrico |
| CHPB | Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| CONASP | Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| CNS | Coordenação Nacional de Saúde Mental |
| CPI | Comissão Parlamentar de Inquérito |
| DINSAM | Divisão Nacional de Saúde Mental |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FHEMIG | Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais |
| GRS | Gerência Regional de Saúde |
| HCB | Hospital Colônia de Barbacena |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IBRAPSI | Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições |
| MDB | Movimento Democrático Brasileiro |
| MNLA | Movimento Nacional da Luta Antimanicomial |
| MS | Ministério da Saúde |
| MTSM | Movimento Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental |
| REME | Movimento de Renovação Médica |
| RT | Residência Terapêutica |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| NAPS | Núcleo de Assistência Psicossocial |
| ONG | Organização Não Governamental |

| | |
|-------|--|
| PAD | Programa de Apoio à Desospitalização |
| PNACH | Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares Psiquiatria |
| PVC | Programa de Volta para Casa |
| RPB | Reforma Psiquiátrica Brasileira |
| RT | Residência Terapêutica |
| STR | Serviço Residencial Terapêutico |
| SUDS | Sistema Unificado Descentralizado de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UFSJ | Universidade Federal de São João del-Rei |

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 64

TABELA 2 127

Carta a Sorôco

Meu querido Sorôco,

Esteja onde estiver, quero que ouça o que eu tenho a lhe dizer. Visitei hoje o lugar onde morreu sua mãe, onde morreu sua filha, onde morreram as mães, os pais, os filhos e os irmãos de um incontável número de pessoas.

Sabe o que eu encontrei lá? Um CAPS. Um hospital regional de clínica médica cirúrgica. Um centro social urbano. Uma escola. Um centro de convivência. Um bairro popular. Uma área de preservação ecológica. Uma biblioteca pública. E outras construções que fazem parte da paisagem da cidade, atualmente conhecida como Cidade das Rosas.

Ali, onde outrora ficava a Fazenda da Caveira, de Joaquim Silvério dos Reis, e depois do Hospital Colônia de Barbacena, era considerado um lugar maldito. Ao que tudo indica, porém, a misericórdia dos céus mudou a sua sina. Antevejo a sua pergunta. O que está acontecendo, agora, com pessoas como sua mãe e sua filha? Tentarei resumir, numa única frase, longa história. Hoje, o governo paga um carro para levar o socorro até elas. A ideia é simples, mas foi preciso longa batalha para mudar, sobretudo, os corações e as mentes.

Se fosse hoje, Sorôco, o seu sofrimento não acabaria, pois já sabemos que viver é um negócio muito perigoso, mas com certeza a história seria outra. O único problema é que Guimarães Rosa não teria escrito conto tão belo – o que é o de menos, pois nunca falta tema para prosa boa.

Ah! Perdoa-me... já ia me esquecendo – com essa memória que começa a me desfalcar – de um fato importante. Do que havia no antigo hospital, resta apenas um edifício impotente, que é a principal atração turística da cidade. Chama-se Museu da Loucura. Está aí exatamente para não nos deixar esquecer, para registrar uma época. É um templo dedicado à loucura. Não à loucura de pessoas como sua mãe e filha, mas à nossa loucura, Sorôco, à loucura dos chamados normais.

Francisco Paes Barreto

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A cidade de Barbacena carrega uma história bastante triste e de superação. A “Carta ao Sorôco” é uma resposta ao conto “Sorôco, sua mãe, sua filha”, de Guimarães Rosa (1908-1967). O escritor Guimarães Rosa teria morado em Barbacena por período pequeno, mas suficiente para transmitir, através de um conto, a frieza com que eram tratados os loucos no século passado. A resposta do psiquiatra e psicanalista, Francisco Paes Barreto, remete à transformação em que estamos vivendo. Essa é a dívida que ainda temos com as milhares pessoas que perderam suas vidas no município, e é com a inspiração desses autores que inicio a minha dissertação.

O interesse pelo campo de saúde mental surgiu muito cedo em minha trajetória. Conheci e convivi com a realidade das pessoas portadoras de transtornos mentais desde a infância. Resido na “cidade dos loucos” desde os primeiros dias de vida. Cidade com tradições manicomiais, que, no século passado, chegou a possuir sete instituições psiquiátricas¹ e abrigar pessoas em condições desumanas. Segundo as publicações referentes à época (Firmino, 1982; Toledo & Brandão, 2008), Barbacena foi cenário de um “holocausto”². Estima-se que milhares de homens, mulheres e crianças perderam suas vidas no Hospital Colônia. A cada mês, ocorriam de 100 a 200 mortes, sendo que mais de 70% dos internos não apresentavam sequer problemas psiquiátricos. Tratava-se de pessoas marginalizadas e excluídas do convívio social por diferentes razões.

Foi neste cenário que cresci ouvindo histórias pavorosas sobre a cidade, muitas vezes, contadas pelos próprios familiares, vizinhos ou professores. Era perceptível nesses relatos histórias de superação, e eram essas histórias que eu gostava de ouvir,

¹ Clínica Goyatá, Casa de Saúde São Sebastião, Casa de Saúde Santa Tereza, Sanatório de Barbacena, Casa de Saúde Xavier, Clínica Mantiqueira e Casa de Saúde Santa Izabel. Em relação aos hospitais psiquiátricos privados, ainda se encontra em funcionamento a Casa de Saúde Santa Izabel e a Clínica da Mantiqueira, sendo que esta última está passando por um processo de descredenciamento do SUS, conforme a indicação de um processo de auditoria do Ministério da Saúde. Além destas instituições, ainda se encontra em funcionamento o Centro Psiquiátrico Hospitalar do Estado de Minas Gerais (CHPB) pertencente à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Ambos serão abordados no último capítulo deste trabalho.

² O termo “holocausto” foi atribuído a Barbacena após uma visita de Franco Basaglia ao “Hospital Colônia”. Em 1979, o autor presenciou cenas desumanas vividas pelos pacientes que se encontravam na instituição. Ao chegar à Itália, disse ter visto um campo de concentração nazista no referido hospital (Firmino, 1982).

principalmente as que se referiam às pessoas que recebiam “tratamentos” por aquelas instituições e que, ainda assim, transitavam pela cidade. Tratava-se de figuras ilustres do município. Algumas eu tive a oportunidade de conhecer pessoalmente, outras não, talvez pelo fato de serem “lendas urbanas” ou por se tratar de narrativas criadas pela própria comunidade. De qualquer forma, considero ilustres tanto as histórias quanto os personagens, uma vez que retratam o percurso dos poucos “loucos” advindos desses hospitais psiquiátricos e que, após anos de internação, passaram a viver em sociedade – era de praxe beneficiar alguns “internos” que apresentassem bom comportamento com saídas do hospital. Há de se considerar também aqueles loucos que não foram institucionalizados por quaisquer motivos e que tiveram a chance de viver a sua loucura em seus variados contextos e cenários.

Recordo-me da minha primeira escola. Era ao lado de um hospital psiquiátrico, que em seu nome, além de “hospício”, apresentava o pejorativo “repouso” em sua denominação, conhecido como uma “Casa de Repouso”. Achava isso muito estranho e contraditório, pois em minha inocência de criança imaginava: isso não tem nada de repouso! Afinal, eu escutava gritos o tempo todo. Apesar dos gritos, gostava de vê-los durante os intervalos das aulas, e eles, por sua vez, pressionavam suas faces naquelas janelas pequenas e gradeadas para nos assistir e acenar.

Durante os primeiros anos escolares, tive a oportunidade de conhecer uma figura ilustríssima da cidade, a “Zabelinha”. Ela teve a “sorte” de viver a sua loucura em sua casa e em seu bairro. Segundo Passos e Duarte (2007), não era comum que fossem internados os doentes barbacenenses, pois com esses o povo se “acostumava”. Tratava-se de uma senhora, já idosa, mas talvez seja a lembrança mais viva que trago na memória referente aqueles anos. Ela era reconhecida pela sua extravagância e pelo seu brilho, andava com roupas chamativas, muita maquiagem, anéis, brincos, pulseiras e várias bolsas a tiracolo. Quando ela passava em frente à escola, era a vez dos alunos espremerem-se entre as grades do muro da escola para vê-la passar radiante. Ela despertava todos os tipos de sentimentos, uns amavam e respeitavam-na, outros atiravam pedras. Eu, particularmente, adorava. As suas cores me hipnotizavam. Sempre que ela passava, alguém contava alguma história sobre ela, os motivos pelos quais ela enlouqueceu e, assim, trocávamos informações enquanto a víamos passar. Existem outras figuras ilustres pela cidade, tantas outras histórias, pessoas nomeadas como loucas, porém consideradas pessoas interessantes, com

histórias de vida singulares, e que, apesar dos momentos de crise, mantinham um contato pessoal e afetivo com a comunidade local. Porém, eu tive oportunidade de conhecer pessoalmente a Zabelinha, de conviver com sua presença, de ouvir várias histórias a seu respeito. Esta, por sua vez, marcou muitos cidadãos barbacenenses; dificilmente um conterrâneo não a reconhecerá; certamente, já ouviu falar dela. Ela continua na memória de muitos, recebendo diversas homenagens (póstumas) de várias entidades, sendo lembrada, assim como tantos outros, como figura folclórica.

Do ponto de vista acadêmico, o interesse por esse objeto de pesquisa emergiu de alguns trabalhos que desenvolvi durante a graduação³, apesar de o tema não ser exatamente o que me proponho a estudar nessa pesquisa. Como todo estudante, me mobilizava para participar em congressos, expor os resultados da minha pesquisa. Ao me apresentar durante as exposições, dizia que morava em Barbacena. Era inevitável a pergunta: “e como se encontra a cidade após tudo que ocorreu por lá?” Em consequência disso, sempre utilizava alguns minutos da minha apresentação falando um pouco da cidade.

Diante da demanda pessoal e acadêmica, percebi que poderia efetivamente desenvolver um estudo na “cidade dos loucos”, afinal, muito se falava e pouco se escrevia sobre ela. Então, decidi que gostaria de trabalhar com essa temática no mestrado. Pensava, inicialmente, em realizar um estudo sobre as repercussões do trabalho dos profissionais que atuam nos dispositivos residenciais em saúde mental sob a perspectiva da triangulação de métodos. No entanto, a minha proposta inicial passou por algumas alterações. No processo de interação entre pesquisador-pesquisado, o meu olhar foi se transformando, até que decidi atribuir outro sentido à pesquisa. Mudanças estruturais foram necessárias do ponto de vista institucional e pessoal. Foi então que optei por fazer um novo recorte de pesquisa: a transferência dos pacientes psiquiátricos para a comunidade, que diante das

³ Refiro-me ao projeto de iniciação científica intitulado: “Avaliação da Qualidade de um Serviço de Saúde Mental na Perspectiva do Trabalhador: Satisfação, Sobrecarga e Condições de Trabalho dos Profissionais. um Estudo a partir das escalas Impacto-BR e Satis-BR (2009-2010), orientado pela Profa. Dra. Marina de Bittencourt Bandeira e pela Profa. Rosângela M. de A. Camarano Leal (Leal, Bandeira & Azevedo, 2012). Participação nas seguintes pesquisas: “Avaliação de um processo de implementação de práticas de prevenção a recaída direcionadas a dependentes de álcool através dos serviços primários de saúde na comunidade”, orientado pela Profa. Dra. Ana Maria de Oliveira Cintra (Carbonário, Azevedo & Reinaldo, 2011); “Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: Fatores associados em diferentes tipos de cuidadores” (Albuquerque, 2009; Albuquerque & Bandeira, 2010). E ainda, a pesquisa “Integrando a percepção dos usuários e familiares na avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental” (Bandeira, 2011).

denúncias de maus tratos e pela criação de políticas públicas para essa população, passou a ser incentivada pelo Ministério da Saúde. Mantive a preocupação em obter as narrativas⁴ dos profissionais que participaram deste processo, porém, utilizando somente o método qualitativo. Não que a triangulação de métodos não fosse adequada. Neste sentido, a mudança ocorreu devido à complexidade desta proposta diante do tempo de pesquisa disponível para o desenvolvimento de uma investigação em nível de mestrado.

Esse percurso me levou até o método da história oral, como será apresentado posteriormente na seção sobre os procedimentos metodológicos. Através da conjunção de um esforço interdisciplinar de recursos da Psicologia Social e da história oral é que pretendo expor nas próximas páginas a tentativa de apreensão do tema escolhido.

Anseio tecer a história da reforma psiquiátrica ocorrida na cidade de Barbacena e narrada pelos trabalhadores que dela participaram, com ênfase na implantação dos serviços substitutivos, como é o caso dos Serviços Residenciais Terapêuticos. É importante ressaltar que se trata de uma demanda levantada também em espaços de discussão acadêmica e pelos próprios trabalhadores da rede de atenção psicossocial no município. Nos momentos de concepção desta pesquisa, na fase exploratória especificamente, e em espaços informais, foi levantada a necessidade de resgatar essas informações. Saliento que se trata apenas de um “recorte” e que não tenho a pretensão de esgotar o assunto, nem tampouco produzir verdades. Pretendo contribuir através do método de história oral para o resgate da memória da reforma psiquiátrica em Barbacena, uma vez que ela (a memória) opera com grande liberdade os acontecimentos delimitados no espaço e no tempo, pois incidem sobre um significado coletivo (Bosi, 2004).

É relevante a participação de Barbacena na história da reforma psiquiátrica brasileira, sendo que publicações importantes referenciam a cidade e desencadearam profundas reflexões. Dentre elas, podemos destacar os clássicos: “Nos porões da Loucura”, do repórter Hiram Firmino em sua série de reportagens sobre os hospitais psiquiátricos publicada no jornal “Estado de Minas” ao longo do ano de 1979 e em formato de livro em 1982, e o documentário “Em nome da Razão”, dirigido pelo cineasta Helvécio Ratton e

⁴ Almejava-se obter as narrativas dos profissionais que participaram desse processo, tendo em vista que os mesmos podem ser considerados “memórias vivas” do processo da reforma psiquiátrica de Barbacena. Este desejo culminou em uma reorganização do trajeto metodológico da presente pesquisa que será apresentado em tópico apropriado.

exibido em 1979. Esse documentário retratou a tragédia ocorrida no Hospital Colônia de Barbacena.

Segundo Goulart (2010), ambas as obras evidenciaram a questão da assistência psiquiátrica no Brasil. Segundo ela, o documentário expôs ao mundo o que ocorria nos hospitais psiquiátricos brasileiros, em especial, nos pavilhões do manicômio de Barbacena.

O hospital psiquiátrico de Barbacena era um símbolo do abandono e falta de recursos, e, de fato, clamava por reformas urgentes. Retrata a tragédia vivida pelos milhares de internos do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, que refletia o cenário nacional nos idos de 1979 (Goulart, 2010, p.37).

Outras obras foram incorporadas ao acervo da cidade: o livro “(Colônia): uma tragédia silenciosa”, que reúne uma série de imagens reais do “Hospital Colônia” (Toledo & Brandão, 2008), a obra “Loucura e Sociedade: discursos, práticas e significações sociais”, de Izabel Christina Friche Passos (Passos, 2009), que desenvolve trabalhos empíricos na cidade de Barbacena e, recentemente, o livro “Holocausto brasileiro – genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil”, publicado pela jornalista Daniela Arbex (Arbex, 2013). A publicação deste livro ganhou visibilidade, sendo considerado um dos livros mais vendidos em âmbito nacional. Outras publicações importantes foram inseridas neste estudo.

Diante do exposto e mobilizado pela necessidade de contribuir para a história de desinstitucionalização psiquiátrica no município, o presente estudo teve como propósito investigar o processo de implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Barbacena/MG, buscando compreender a participação dos trabalhadores envolvidos neste processo. Apesar de termos um volume significativo de publicações sobre o tema da “reforma psiquiátrica brasileira”, são incipientes os estudos que tratam desta temática no município de Barbacena, que ocupa um lugar fundamental neste processo.

Para apresentar ao leitor os resultados obtidos com este estudo, os desdobramentos dos objetivos estão descritos em forma de capítulos. Cada qual tratando de um tema específico que permeia o objeto de estudo central deste trabalho. No primeiro capítulo, será apresentado um breve histórico da Reforma da Política de Saúde Mental Brasileira, problematizando conceitos importantes para a história da saúde mental, bem como os

principais eventos. Destinamos um tópico específico para demarcar o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e as principais diretrizes para a Saúde Mental.

O segundo capítulo tece a história da saúde mental, tendo como referencia o município de Barbacena. Para tanto, foi necessário abordar o cenário político desde Revolução Liberal nos idos de 1842 até os dias atuais, uma vez que se trata de um município com fortes ligações políticas que influenciaram nos desdobramentos históricos da saúde mental no município. Neste capítulo são apresentados o contexto de surgimento das principais instituições psiquiátricas, como o Hospital Colônia de Barbacena.

O terceiro capítulo é dedicado a problematizar a questão da moradia em saúde mental. São apresentadas as primeiras iniciativas de desospitalização e de redução de leitos hospitalares, datadas na década de 1990, cujo objeto foi transpor o modelo asilar predominante à época. Serão apresentados os diferentes conceitos de moradia e problematizados frente ao modelo protagonizado pelos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Os referenciais metodológicos utilizados nesse estudo são descritos no quarto capítulo, bem como as estratégias para entrada no campo de pesquisa e o método de análise dos dados. No quinto capítulo são apresentadas a discussão e análise das entrevistas que foram realizadas. Este capítulo foi didaticamente dividido em dois momentos, sendo que o primeiro aborda a Reforma Psiquiátrica pelo olhar dos trabalhadores de saúde mental de Barbacena e o segundo, sobre o surgimento de propostas substitutivas ao modelo manicomial. Por último, especificamente, o sexto capítulo, apresentamos algumas considerações que demarcam o desenvolvimento deste estudo.

CAPÍTULO I

UM BREVE HISTÓRICO DA REFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

O período compreendido entre 1974 a 1977 pode ser demarcado como a “pré-história” da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) (Pacheco, 2011) ou da Reforma da Política de Saúde Mental (Goulart & Durões, 2010). Apesar de existirem na época diversos movimentos nos Estados e municípios a favor da melhoria dos serviços públicos de saúde, em especial os de saúde mental, autores como Delgado (1992), Amarante (2001, 2003) e Tenório (2002) compartilham da opinião que o movimento da RPB ganha força e sentido em 1978, com a criação do Movimento Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Segundo tais autores, a RPB iniciou com um atraso de praticamente três décadas em relação ao contexto internacional, cuja discussão se iniciou em meados da década de 1940. No entanto, o Brasil possui uma trajetória própria, inserida em um contexto amplo de mudanças estruturais, marcado por superações de dificuldades e pela centralidade da assistência ter ocorrido em instituições manicomiais. Trata-se de um período de reformulações estruturais no que tange ao atendimento de pacientes psiquiátricos em todo território nacional (Amarante, 2001; Lougon, 2006).

A reforma psiquiátrica surgiu em meio à crise do modelo de assistência centrado no processo de institucionalização do louco. Esse movimento pode ser considerado como uma tentativa de minimizar os danos e as consequências do modelo de medicalização e institucionalização empreendida nos anos de 1850-1950. Trata-se de um período demarcado pela criação de hospitais psiquiátricos, tendo como referência principal os Estados Unidos. Lougon (2006) destaca esse período como base das origens do modelo biomédico e da expansão do processo de medicalização (Amarante, 2001; Lougon, 2006). Para Delgado et al. (2007) e Amarante (2001), a reforma psiquiátrica pode ser considerada um movimento complexo e em constante movimento. Os autores salientam que a RPB apresenta diferentes campos e dimensões inter-relacionados que se complementam, abrange o envolvimento de vários atores, com a participação de forças políticas e sociais

dos representantes de associações de pacientes e familiares, dos conselhos de políticas públicas e serviços de saúde, bem como de conselhos profissionais.

Gonçalves e Sena (2001) definem a reforma psiquiátrica no Brasil como um movimento histórico de caráter político, social e econômico, tendo com vertente principal o processo de desinstitucionalização, com a conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas do modelo institucional. Segundo os autores, o movimento “*aponta as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais em todo o país*” (p. 50).

Com o advento do processo de desinstitucionalização iniciado nos países desenvolvidos na década de 1950, em prol da humanização dos atendimentos em saúde mental, alguns países empreenderam esforços para a redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos e a reconfiguração dos atendimentos (Amarante, 2001; Brasil, 2005; Lougon, 2006). No entanto, a substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas vem sendo objeto de discussão para toda a sociedade (Gonçalves & Sena, 2001).

Neste sentido, merece destaque a diferenciação entre os conceitos de desinstitucionalização e de desospitalização, uma vez que trazem conseqüências distintas em relação às políticas de saúde mental. O primeiro pode ser entendido como um processo social complexo articulado com diversos atores sociais (pacientes, familiares, comunidades e instituições psiquiátricas). Existe uma preocupação para que esse conceito, difundido nos últimos anos não seja confundido com o segundo, ou seja, a desospitalização, caracterizada pela simples redução de leitos e altas hospitalares (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001; Vecchia & Martins, 2009). Conforme os autores, a desinstitucionalização entendida e praticada como desospitalização resulta em abandono da população psiquiátrica. A superação dessa mentalidade implica a busca de novas soluções terapêuticas.

No Brasil, o início do movimento da reforma psiquiátrica teve como estopim a “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde cuja responsabilidade era formular políticas de saúde em 1978. Neste período, profissionais de quatro instituições do DINSAM deflagraram greve diante das irregularidades que ocorriam nas instituições psiquiátricas, fato que resultou em demissões de 260 estagiários e profissionais. Diante da repercussão da crise, outros setores tomaram

conhecimento do ocorrido e os profissionais receberam apoio imediato de outras entidades envolvidas com os processos de reforma sanitária e psiquiátrica, tais como o Movimento de Renovação Médica (REME) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) (Amarante, 2001).

Segundo Amarante (2001), é nesse contexto que surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), com o objetivo de constituir um espaço de debate e encaminhamentos de propostas para o setor de saúde mental. Ainda em 1978 ocorreram eventos importantes para o movimento, como o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, no qual é produzido um documento final contendo informações sobre as situações vivenciadas por este setor. Outro evento importante foi o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, organizado pelo Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBRAPSI), possibilitando a vinda de nomes importantes da Rede de Alternativas à Psiquiatria, do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, da Antipsiquiatria e de outras correntes com posicionamento crítico ao modelo de saúde mental da época.

Em 1979, em Belo Horizonte, ocorreu o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, com a presença de Franco Basaglia, convidado por movimentos sociais, no qual se apontou para a necessidade de maior participação dos profissionais na formulação de políticas de saúde mental. Foram aprovadas, ainda, moções pela liberdade democrática, pela livre organização de trabalhadores e estudantes, bem como reivindicações trabalhistas neste setor. Em 1980, aconteceram o I e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em maio e agosto, respectivamente, e o VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, tendo como temas centrais os problemas relacionados “*à política nacional de saúde mental, às alternativas surgidas para os profissionais da área, suas condições de trabalho, à privatização da medicina, à realidade político-social da população brasileira e às denúncias das muitas barbaridades ocorridas nas instituições psiquiátricas*” (Amarante, 2001, p.56). Dentre os assuntos debatidos, destacaram-se a questão dos direitos dos pacientes psiquiátricos e a constituição de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que averiguasse a situação da assistência psiquiátrica no Brasil (Amarante, 2001). Neste sentido, são

abordadas, ainda, as implicações econômicas, sociais, políticas e ideológicas na compreensão das relações entre o processo de proletarização da medicina, do poder médico, da assistência médico-psiquiátrica em processos de exclusão e controle sociais mais abrangentes. *Crítica-se o modelo assistencial como*

ineficiente, cronificador e estigmatizante em relação à doença mental [itálicos nossos]. Os determinantes das políticas de saúde mental, do processo de mercantilização da loucura, da privatização da saúde, do ensino... também são temas de muita preocupação no congresso (Amarante, 2001, p.53).

Segundo publicação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, a forte crise da Previdência Social, iniciada em 1980, culminou na necessidade de elaboração de um plano político-institucional (Brasil, 2006). Neste contexto, surge o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) na tentativa de solucionar tal conflito.

No ano de 1985 ocorre o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, em Vitória, Espírito Santo. A realização desse evento surge da necessidade de modificar o modelo de assistência vigente e traçar metas para o desenvolvimento de ações para o campo de saúde mental.

O II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste acontece dois anos após o primeiro (1987), em Barbacena/MG, com o tema “Saúde mental na rede pública: situação atual e avaliação das propostas e desdobramento dos encontros anteriores”. Neste contexto, foram formuladas propostas e recomendações visando melhorar os atendimentos em saúde mental, como a expansão da rede básica de saúde e a oferta de ambulatório especializado em saúde mental. Além disso, previa a criação de leitos psiquiátricos em hospital geral e pronto-socorro público capacitado para receber a demanda deste setor (Amarante, 2001; Brasil, 2006).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987 no Rio de Janeiro, discutiu demandas advindas de dois encontros anteriores: VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), apontando para a efetivação de um Sistema Único de Saúde, e o Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (1987), que reivindicava o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) com o lema *Por uma sociedade sem manicômios*. A I Conferência Nacional pode ser considerada um desdobramento desses dois grandes eventos que, em sua agenda, propunha discussões tendo como temas básicos: “Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre a saúde mental”, “Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental” e “Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental”. Ramminger e Nardi (2007) apontam que nesse momento houve um grande impasse frente ao modelo centrado no hospital psiquiátrico com o objetivo de sustentar a “*condição cidadã dos usuários*” (p.683) (Amarante, 2001; Ramminger & Nardi, 2007).

Após uma série de eventos que preconizaram a temática de saúde mental realizados entre 1981 e 1987, as discussões ganharam alguns avanços. Dentre eles, em 1986, destaca-se a VIII Conferência Nacional de Saúde como um marco na luta pela melhoria do sistema de atenção à saúde no Brasil e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em junho de 1987. Esta, por sua vez, emergiu como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde. Com a realização desses eventos, disseminaram pelo país debates sobre a reforma sanitária. A VIII Conferência Nacional de Saúde serviu de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal do Brasil de 1988. Pode-se dizer que as reflexões produzidas nestes encontros propiciaram espaços de negociação e definição do Sistema Único de Saúde (SUS) como política nacional. O relatório final do evento elencou três referenciais importantes para a reforma sanitária brasileira: *“um conceito amplo de saúde; a saúde como direito da cidadania e dever do Estado; e a instituição de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação da comunidade”* (Brasil, 2006, p.24-25).

Segundo Amarante (2010), em 1987, o movimento da reforma psiquiátrica apresenta rupturas de ordem política e epistemológica: a ruptura política se dá pelo fato de o movimento deixar de ser predominantemente de técnicos e de profissionais, passando a ter uma composição mais ampla, envolvendo usuários, familiares e vários outros atores sociais. Já a ruptura epistemológica ocorre pela quebra da visão de que o manicômio era reformável e sua extinção estaria atrelada à construção de uma rede social preventiva e promocional de qualidade de vida.

1. O surgimento do Sistema Único de Saúde e as principais diretrizes para a Saúde Mental

A partir do esgotamento do modelo sanitário em meio às mudanças empreendidas entre os anos de 1970 e 1980 no cenário político e econômico, foi implantado em 1987, pelo Executivo Federal, o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), que almejava incorporar elementos centrais da reforma sanitária: a universalização; a descentralização através da estadualização; e a democratização das instâncias gestoras.

De acordo com Paim et al. (2011), em meio ao movimento da reforma sanitária, uma aliança foi formada no cenário da saúde pública brasileira: parlamentares

progressistas, gestores de saúde e movimentos sociais. A partir dessa aliança, constituiu-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

O conceito de saúde foi aprovado na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que agora passava a ser direito do cidadão, delineando, assim, os fundamentos e diretrizes para uma política pública de saúde. Mesmo com a forte oposição encabeçada pelo setor privado de saúde, a reforma sanitária é aprovada durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-88):

A Constituição de 1988 foi proclamada numa época de instabilidade econômica, durante a qual os movimentos sociais se retraíam, a ideologia neoliberal proliferava e os trabalhadores perdiam poder de compra. Simultaneamente a essa reforma, as empresas de saúde se reorganizavam para atender às demandas dos novos clientes, recebendo subsídios do governo e consolidando os investimentos no setor privado (Paim, et al., 2011, p. 42)

Pode-se dizer que foi diante deste cenário que se criou, na Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde, em seu artigo 198. Apesar dos embates,

O processo conformou-se num espaço democrático de negociação constante, desenvolvido ao longo das suas diversas etapas, em que um núcleo de congressistas progressistas desempenhou papel relevante, apoiado por intelectuais do movimento da reforma sanitária. O texto final negociado incorporou as grandes demandas do movimento sanitário: a saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais; a saúde como direito de todos e dever do Estado; a relevância pública das ações e serviços de saúde; e a criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade (Brasil, 2006, p. 25).

Em setembro de 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080/90, regulando, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde de forma descentralizada, especificando as atribuições e organização do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei dispôs ainda, em seu artigo terceiro, sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Este artigo estabelece que os níveis de saúde se expressam por determinantes e condicionantes, como a alimentação, a moradia e o trabalho e renda (Brasil, 2005; Brasil, 2006).

Um ano após a aprovação do capítulo sobre a saúde na Constituição Federal de 1988, foi apresentado o Projeto de Lei n. 3.657 de autoria do deputado Paulo Delgado. O

projeto visava à extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros serviços assistenciais. Além disso, o projeto dispunha sobre a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e eliminação dos manicômios no país, inspirando diversos movimentos sociais e consequente mobilização de vários Estados brasileiros para a redução de leitos psiquiátricos (Lougon, 2006; Brasil, 2005).

Além desse projeto de lei, outro marco importante para a saúde mental foi a Declaração de Caracas (1990). A Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica fomentou um acordo adotado pela Organização Mundial de Saúde a partir de uma reunião ocorrida em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990. Neste encontro, foi promulgado um documento: a “Declaração de Caracas”, no qual o Brasil e outros países da América Latina se comprometem *“a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário”* (Hirdes, 2009, p. 298). O acordo incentiva a priorização de tratamentos psiquiátricos em meio comunitário e orienta que os países adotem legislações pela promoção e defesa dos direitos humanos de pacientes psiquiátricos, assegurando que as internações psiquiátricas ocorram em hospitais gerais.

A partir de então, começaram a surgir no Brasil os primeiros serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Em 1992, criou-se o Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), objetivando a redução e desativação dos leitos psiquiátricos e consequente substituição por outros serviços em todo território nacional (Lougon, 2006). Neste mesmo ano, criam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS), por meio da Portaria SNAS nº 224, tendo como diretrizes:

A organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; garantia da continuidade da atenção nos vários níveis; multiprofissionalidade na prestação de serviços; ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução; definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados (Brasil, 2004a).

É importante ressaltar que a iniciativa de implantação do CAPS emergiu de uma experiência exitosa em São Paulo, em 1987, com a inauguração do primeiro CAPS no Brasil, sendo suas intervenções efetivadas em 1989 pela Secretaria Municipal de Santos, na

Casa de Saúde Anchieta. Logo em seguida foram implantados no município os NAPS, com funcionamento 24 horas; criadas residências para os egressos do hospital psiquiátricos, entre outras intervenções que foram caracterizadas como a primeira demonstração de que era possível constituir uma rede de atendimentos extra-hospitalares (Brasil, 2005; Borges & Baptista, 2008).

Com o intuito de estimular a redução progressiva dos leitos hospitalares psiquiátricos, a partir de 1992, muitos Estados brasileiros emitiram suas primeiras leis. Em âmbito nacional, no ano de 2001, podemos destacar dois marcos importantes para o campo de saúde mental: a aprovação da Lei Federal 10.216, 12 anos após sua tramitação no Congresso Nacional, conhecida como a lei da reforma psiquiátrica, e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Pode-se dizer que é na III Conferência que é atribuído ao CAPS um valor estratégico para a mudança do paradigma assistencial (Brasil, 2005; Lougan, 2006).

Neste contexto, a política de saúde mental passa a consolidar-se em âmbito nacional, ganhando maior sustentação. No entanto, é importante ressaltar que a

Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, *mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios* [nossos itálicos] (Brasil, 2005, p.08).

Com a promulgação de diretrizes e lei federais, o Ministério da Saúde criou linhas específicas para o financiamento dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Neste contexto, ações são empreendidas pelos Estados e municípios para a redução programada de leitos psiquiátricos no país. A rede de atenção comunitária de saúde mental passa por um processo de expansão e surgem as primeiras iniciativas nos municípios frente ao novo modelo de atendimento (Amarante, 2001, Brasil, 2005; Lougan, 2006).

Diante da necessidade de reestruturação da assistência psiquiátrica, no ano de 2000 foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos (STR) em Saúde Mental por meio das Portarias GM 106 e 1220 (Brasil, 2004a). Essa nova configuração contribuiu para a estruturação de uma modalidade de atenção psicossocial substitutiva à internação psiquiátrica prolongada. Ambas as portarias enfatizam que para cada transferência para o SRT, deve ocorrer a diminuição dos leitos hospitalares na mesma proporção.

Entre os anos de 2002 e 2004 houve uma notável expansão dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Para acompanhar esse crescimento, foram outorgadas algumas portarias a fim regularizar o processo de desospitalização. A título de exemplo, podemos destacar a Portaria GM/MS nº 799/2000, que institui no âmbito do SUS, o “Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental”; e a Portaria GM/MS nº 251/2002, com diretrizes e normas no âmbito da assistência hospitalar psiquiátrica (Brasil, 2004a). Esta portaria “reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências”. A Portaria GM/MS nº 52/2004, por sua vez, regulamenta o “Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS”, preconizando que a transição do modelo assistencial, na perspectiva de redução dos leitos hospitalares, deveria ocorrer de forma segura, concomitantemente à criação de alternativas de atenção sob o viés comunitário (Borges & Baptista, 2008; Brasil, 2004a; Brasil, 2005). Estes dispositivos legais possibilitaram ratificar a necessidade de buscar alternativas de residências para essa clientela.

Através da Lei 10.780 de 31 de julho de 2003, foi instituído o Programa de Volta para a Casa (PVC), visando à criação de um auxílio-reabilitação psicossocial para indivíduos egressos de instituições psiquiátricas. O programa atende ao disposto na Lei 10.216, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, cujo objetivo era realizar uma política de alta hospitalar planejada e assistida. Pode-se dizer que esta foi a principal tentativa de realizar uma mudança do modelo assistencial em saúde mental vigente, ao mesmo tempo em que se incentivaria a ampliação do atendimento extra-hospitalar e comunitário. O referido programa, apesar de ter sido instituído oficialmente apenas em 2003, já vinha sendo discutido em diversos espaços – Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNS), conferências e seminários – desde o início da década de 1990, como alternativa ao hospital psiquiátrico (Borges & Baptista, 2008). Conforme os autores, o Programa de Volta para Casa “*não se trata de um dispositivo assistencial propriamente dito, mas de um dispositivo que vem fortalecer os demais recursos do modelo assistencial*”. Além do PVC, outra medida importante foi a implantação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH-Psiquiatria) como medida para a diminuição dos leitos hospitalares psiquiátricos, cujo objetivo é a avaliação desses hospitais.

Em 2002, duas portarias foram publicadas: Portaria GM/MS nº 336, que estabelece os CAPS de acordo com modalidades e de acordo com o seu porte (CAPS I, CAPS II e CAPS III), e Portaria SAS/MS nº. 189, que define as normas e diretrizes para a organização dos serviços de saúde mental. Essa portaria define as regras para o acolhimento de pacientes em acompanhamento no CAPS. Posteriormente, foi incorporado o CAPS i, específico para o acompanhamento de crianças e adolescentes, e o CAPS AD, para pacientes usuários de álcool e/ou drogas. Neste contexto, os CAPS assumiram um papel estratégico na reforma psiquiátrica, oferecendo assistência ao pacientes na comunidade, possibilitando a reinserção social desses pacientes (Lougou, 2006; Brasil, 2005).

Além dos serviços listados acima, a rede de atenção à saúde mental é composta por outros serviços substitutivos, como os Centros de Convivência e Cultura, que buscam oferecer aos pacientes espaços de sociabilidade e cultura, trabalhando em parceria com os CAPS. Neste contexto, o Programa de Volta para Casa também protagoniza a reintegração social desses pacientes, que por meio da Lei 10.708/2003 institui o auxílio-reabilitação psicossocial para indivíduos egressos de instituições psiquiátricas, com o objetivo de promover a ressocialização de pacientes institucionalizados por um período igual ou superior a dois anos. Estas pessoas passam a ter o direito de receber esse auxílio financeiro durante um ano, podendo ser renovado de acordo com a necessidade de reabilitação dos pacientes (Brasil, 2004a).

Com o objetivo de constituir 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)”, o governo federal instituiu a Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011a). Neste contexto, a rede foi delineada para atender também usuários de crack, álcool e outras drogas. Foram incorporados os Consultórios de Rua e a Escola de Redução de Danos, com a proposta de promover a qualificação de ações de redução de danos e oferecendo cuidados básicos de saúde para a população vulnerável, no próprio contexto de rua, com atuação conjunta de outros setores como Assistência Social, Justiça, Cultura, Esporte e outros (Brasil, 2005; Brasil, 2011a).

CAPÍTULO II

OS CAMINHOS DA LOUCURA: “UMA PASSAGEM PARA BARBACENA”

Este capítulo tem como objetivo central discutir a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), tendo como referência o município de Barbacena. A cidade ficou conhecida nacionalmente na década de 1980 devido às denúncias acerca das condições indignas que eram oferecidas aos indivíduos nas instituições psiquiátricas do município.

Como será descrito a seguir, no decorrer dos anos, a cidade recebeu diversas adjetivações resultantes do período compreendido pela RPB. Essas denominações traduzem a memória da cidade em meio a suas representações sociais. Decerto, a cidade de Barbacena pode ser considerada protagonista no cenário da reforma psiquiátrica. Protagonista não no sentido de apresentar experiências alternativas de atenção à saúde mental, mas de ter levado à sociedade o questionamento sobre o estatuto da cidadania do louco que era então vigente.

1. Barbacena: Cenário Político

Barbacena é marcada por fortes tradições no âmbito da política brasileira. Historicamente, o município teve papel importante no Brasil-Colônia, no Império e durante a República.

Na Inconfidência Mineira, participou na Revolução Liberal de 1842 e, posteriormente, em 17 de maio de 1823, após a Independência, D. Pedro outorgou ao arraial de Barbacena o título de “Nobre e Muito Leal *Vila* de Barbacena”. Em meio à crise com a corte brasileira da época, Barbacena apoiou D. Pedro I e novamente recebeu o título de “Nobre e Muito Leal *Cidade* de Barbacena”. No final do século XIX, com a mudança da capital mineira de Ouro Preto, o então barbacenense e presidente de Minas Gerais, Chrispim Jacques Bias Fortes, sugeriu o nome de Barbacena para ser a nova capital mineira, em 1893. O local escolhido foi Curral D'El Rey, atualmente, Belo Horizonte. Como “prêmio de consolação”, Barbacena ganhou um hospício estadual capaz de “atrair”

muitos recursos públicos, uma vez que não foi escolhida para sediar a capital de Minas Gerais (Duarte & Passos, 2009; Duarte, 1996; Magro-Filho, 1992). Para Barros e Silva (2008, p. 25), “a ideia de prêmio, por mais contraditória que pareça, vem do fato de o hospício ser uma importante instituição pública”. Conforme salienta Duarte (1996),

Coincidentemente, o início dos debates sobre a criação da Assistência a Alienados em Minas vincula-se tanto ao momento da ruptura de uma ordem política, a passagem do Império à República, como a esse instante fundador de uma nova sede administrativa estadual. Vemos assim ilustrada, de forma a tornar evidente, a vinculação que estabelecemos, de princípio, entre política e psiquiatria (1996, p.100).

Durante o período do Império e da República Velha a alternância de poder, em Barbacena, é fruto da aliança entre dois “clãs parentais”: Bias Fortes e Andradas (Carvalho, 1966). Até meados dos anos de 1930, a família Bias Fortes desponta no cenário político e domina a política local e estadual. A partir da Revolução de 1930, há uma cisão entre as duas famílias e isso marca as disputas políticas nos anos subsequentes. Em relação a esse rompimento, Duarte e Passos (2009, p.125) relatam que,

Antônio Carlos de Andrada, que seria o provável sucessor de Washington Luís na presidência da República, fora preterido. O político pensava em contar com o apoio de José Francisco Bias Fortes, o que não aconteceu. Diante disso, o sobrinho de Antonio Carlos, José Bonifácio Filho, liderou em Barbacena e em outros municípios a Aliança Liberal e o movimento que culminou na Revolução de 1930. José Francisco Bias Fortes não aderiu ao movimento e José Bonifácio foi nomeado prefeito de Barbacena sem o consentimento da clã parental de Bias Fortes, que, até aquele momento dominava a política no município e no Estado.

Nos anos entre 1937 a 1945, caracterizado como Estado Novo, as posições políticas se invertem entre as famílias: Benedito Valadares assume o lugar de interventor do estado mineiro e José Francisco Bias Forte é indicado para a prefeitura de Barbacena. Segundo Duarte (2009), esse período foi demarcado pelo início das perseguições, ocorrendo “*desde a violação de correspondências, prisões de sectários e até mesmo agressões físicas entre os correligionários das duas famílias*” (p.173). Segundo a autora, se instaura um período de conflitos entre as duas famílias, ocupando lugar de destaque no cenário político até os dias atuais.

Nos anos subsequentes (1946-1979) as duas famílias passaram a “controlar” a política da cidade. Os cidadãos barbacenenses, estimulados pela cisão entre os Bias e os Andradas, passaram a seguir a liderança política estabelecida entre os “clãs parentais”. Neste aspecto, Duarte (2009, p.174) enfatiza que

No município, o Partido Social Democrático (PSD) e a União Democrática Nacional (UDN) eram apenas enquadramentos partidários artificiais, exigidos pela legislação eleitoral, sem nenhuma diferença ideológica entre eles. Concordam Carvalho (1966) e Carvalho (1976) que, em 1954, a entrada da família Navarro no Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) teve que contar com a aquiescência de uma das famílias, conforme o seu sistema de coalizão. Com isso, o PTB se dividia em alianças entre os partidos políticos pertencentes às duas famílias, e assim havia um PTB *biista* e outro dos Andradas.

A cisão estabelecida entre as duas famílias é estendida aos pleitos eleitorais. Segundo Carvalho (1966) e Duarte (2009), a previsão de votos entre os Bias e os Andradas era calculada com “exatidão quase matemática”, uma vez que o seu eleitorado se dividia entre as duas famílias. Para os mesmos autores, tratava-se de um controle completo que também ocorria nas esferas estadual e federal. Tal controle permitia a reeleição dos candidatos e a continuidade da política exercida pelas duas famílias, ocorrendo troca de favores e nomeações para cargos públicos, características de uma política clientelista.

Os autores acima mencionam que o controle do eleitorado também era reforçado pelo recrutamento de indivíduos para a ocupação de cargos públicos, uma vez que Barbacena possuía poucas possibilidades de emprego. Aqueles barbacenenses que detinham boa influência política obtinham cargos públicos. A população do município era estimada em 79.584 mil habitantes, no ano de 1974. Para Carvalho (1976), o controle do eleitorado era influenciado pelos cargos públicos oferecidos aos cidadãos da cidade. Diante disso, o autor ressalta que, nesse período, mais de um quarto da população local vivia direta ou indiretamente do erário público. Os indivíduos que não faziam parte das famílias dirigentes, mas que se destacavam na esfera econômica ou pelo nível intelectual alto, eram recrutados para concorrer a cargos públicos eletivos.

No cenário nacional, após o golpe dos militares em 1964, alguns decretos e medidas foram sancionados para a extinção do pluripartidarismo no Brasil. Assim, ficou estabelecido o bipartidarismo, que determinava a criação de um partido de apoio e sustentação ao governo e outro que exercesse a oposição, mas com pouca mobilidade, uma

vez que o governo engessava qualquer tentativa de manifestação. É nesse contexto que se configura o partido denominado Movimento Democrático Brasileiro (MDB) ocupando lugar de oposição no cenário político e, outro partido, denominado Aliança Renovadora Nacional (ARENA), com características mais conservadoras, conhecidas como “arenistas”.

Até o início dos anos de 1970, em Barbacena, predominava o eleitorado do partido ARENA. Foi somente em meados da década de 1970 que surgiram as primeiras manifestações contra o modelo político da época. Nesse sentido, indivíduos da classe média, composta por professores ligados ao funcionalismo público alocados na cidade se filiam ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB), estabelecendo um partido de oposição à política vigente. O bipartidarismo chega ao fim em 20 de dezembro de 1979.

Outros conflitos ocorreram entre 1974 a 1978 na política nacional e local. Esses anos são marcados pelas manifestações sociais: os movimentos grevistas de servidores públicos municipais e estaduais e a sociedade civil que apresentava reivindicações e questionava a política estabelecida entre as duas famílias. A partir de 1979, com a reforma partidária no país, surgem novas forças estruturadas em partidos políticos reivindicando renovação. Para Duarte (2009), no cenário político ocorre um declínio do clã Bias Fortes.

Entre as décadas de 1980 a 1990, membros da família dos Andradas se sucederam na prefeitura, mantendo um monopólio que somente foi quebrado pelo então deputado barbacenense Hélio Costa, casado com filha do ex-prefeito Teobaldo Tollendal, ligado à família Bias Fortes. Hélio Costa, após uma trajetória exitosa como jornalista correspondente internacional nas Organizações Globo, foi eleito como deputado federal no período do movimento das *Diretas Já*; como senador, em 2005, e como Ministro das Telecomunicações no governo Lula. Essa trajetória consolidou sua carreira política nacional, contribuindo para o retorno dos Bias no cenário político municipal. Nesse contexto, em 2001, Hélio ajudou o empresário Célio Mazoni a se estabelecer como prefeito da cidade e, em 2009, contribuiu para a eleição da primeira prefeita de Barbacena, Danuza Bias Fortes.

Nos dias atuais, a disputa pelo eleitorado no município ainda é bem acirrada, sendo comum as famílias barbacenenses demonstrarem sua lealdade aos Bias Fortes e aos Andradas nas urnas. Duarte e Passos (2009) enfatizam que existem poucas exceções a essa regra no município: “*apesar de certos ares de modernidade, o estilo político continua*

ainda muito tradicional, clientelista e controlador, baseado na estrita observância de fidelidade político-familiar” (p. 129).

No ano de 2013 ocorreu o retorno da família Andrada no cenário político barbacenense – Antônio Carlos Doorgal de Andrada, filho do deputado federal José Bonifácio Andrada para a prefeitura municipal. Apesar do retorno, a família sempre esteve vinculada a importantes instituições do setor terciário estabelecidas na cidade, das quais o deputado Bonifácio é provedor (Duarte & Passos, 2009).

2. O surgimento das instituições psiquiátricas: o Hospital Colônia de Barbacena

A hora era de muito sol – o povo caçava jeito de ficarem debaixo da sombra das árvores de cedro. O carro lembrava um canoão no seco, navio. A gente olhava: nas reluzências do ar, parecia que ele estava torto, que nas pontas se empinava. O borco bojudo do telhadinho dele alumiava em preto. Parecia coisa de invento de muita distância, sem piedade nenhuma, e que a gente não pudesse imaginar direito nem se acostumar a ver, e não sendo de ninguém. Para onde ia, no levar as mulheres, era para um lugar chamado Barbacena, longe. Para o pobre, os lugares são mais longe (Guimarães Rosa, s.d., p.18).

No Brasil, durante o século XIX, o Estado organizou e/ou apoiou as campanhas de moralização e higienização da população, através da ação conjunta dirigida pela assistência social, pela medicina e filantropia.

Nos centros urbanos, sem infraestrutura, e sem sequer ter condições satisfatórias de abrigar e empregar um contingente humano formado por indigentes, vagabundos, desviantes sociais, prostitutas, doentes mentais, ou seja, grandes contingentes humanos, é que surgem as primeiras instituições, cujo objetivo é o de controlar e abrigar uma massa pauperizada e sem qualificação profissional e sem condições de ser empregada nas cidades (Duarte, 2009; Magro-Filho, 2002; Resende, 2001).

No Rio de Janeiro, até a inauguração do Hospício Nacional de Alienados, em 1852, cujo nome foi alterado para Hospital D. Pedro II, os loucos, juntamente com desviantes sociais, perambulavam pelas ruas da cidade provocando o que era entendido como “desordem social”, disseminando o medo e o terror à população. Entre 1831 a 1889, o destino dos loucos se associava à condição socioeconômica do indivíduo. Aqueles sem recursos financeiros iam para as Santas Casas de Misericórdia, que incluíam, entre seus hóspedes, os “doidos” rejeitados socialmente. Esses indivíduos ali permaneciam sem assistência médica e eram frequentemente sujeitos à desnutrição e doenças infecciosas.

Neste contexto, os internos eram entregues aos guardas e carcereiros desses hospitais: “*os pobres alienados saíam das casas fortes para as valas do cemitério*” (Resende, 2001, p.40). Já as famílias que possuíam recursos financeiros enviavam esses “desviantes” para os países europeus ou atribuíaam os seus cuidados aos empregados da família em suas próprias residências (Magro-Filho, 2002; Resende, 2001).

Com a criação das instituições psiquiátricas, Resende (2001, p.36) sublinhou que há

Uma diferença em desfavor dos alienados mentais: estes processos serão, a partir de um certo momento, referenciados pela ciência; o sequestro será indicação clínica; o trabalho, uma imposição terapêutica; a presença de um numero desproporcional de representantes das classes populares e de certos grupos técnicos da população dos hospícios se justificará como taras hereditárias e tendências naturais desses grupos a determinados distúrbios mentais e à sociedade.

Em Minas Gerais, a assistência aos doentes mentais foi criada pela Lei n. 290, de 16 de agosto de 1900 e regulamentada três anos mais tarde pelo Decreto n. 1.579 de 21 de fevereiro de 1903, recebendo o nome de “Assistência a Alienados do Estado de Minas Gerais”. A instalação do manicômio de Barbacena se deu em 12 de outubro de 1903. A instituição era composta por dois pavilhões que faziam parte do Azylo Central, hoje denominado de “Setor A” do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB).

Anteriormente, neste local existia a Companhia do Sanatório de Barbacena, localizada antiga fazenda do Morro Caveira de Cima, de Joaquim Silvério dos Reis, delator da Inconfidência Mineira. Em 1898, funcionava neste local um sanatório para internação de tuberculosos e, em 1889, foi criado um “hotel de repouso” para insanos – o “Instituto Pinel”. Segundo Duarte (1996, p.102), “*nas escrituras, lavradas em cartório no dia 7 de novembro de 1894 e, igualmente, no ano de 1903, está registrada a configuração do imóvel e os nomes dos proprietários que formavam o Conselho da Companhia do Sanatório Barbacena*”⁵. Após diversas dificuldades financeiras e da dívida contraída com o Banco do Brasil, o Conselho da Companhia Sanatório Barbacena decreta a falência da instituição. Como o Conselho não havia conseguido recursos para saldar a hipoteca com o banco, o governo de Minas Gerais assumiu a dívida e a instituição foi legalmente desfeita.

⁵ Os proprietários do Azylo Sanatório Barbacena e também membros do Conselho eram: Dr. João Augusto Caldas, Dr. Camilo Marins Ferreira da Fonseca, Martim de Oliveira Carneiro, o Visconde de Carandhay, e Dr. Henrique Augusto de Oliveira Diniz (Duarte, 1996).

Apesar de a instalação do manicômio ter ocorrido em 12 de outubro de 1903, foi somente no dia 05 de abril de 1904 que a Assistência a Alienados do Estado de Minas Gerais foi inaugurada na cidade de Barbacena, sob a direção do Dr. Joaquim Antônio Dutra. Antes mesmo da inauguração oficial, o manicômio recebeu o seu primeiro paciente, em 27 de dezembro de 1903. Neste mesmo período, foram incorporados ao hospital alguns pacientes que restavam do Instituto Pinel e do Sanatório que eram tidos como não possuidores de vínculos familiares⁶.

Joaquim Antonio Dutra foi seu grande idealizador e fundador. Sob sua influência política de ex-deputado e ex-senador de Minas Gerais, correligionário de Bias Fortes também indicou Barbacena para sediar a “Assistência a Alienados”. O então diretor do hospital, Joaquim Dutra, por três décadas (1903-1934), introduziu algumas práticas e concepções terapêuticas existentes na época.

Diante da superlotação e da condição de precariedade da assistência à saúde mental, que contribuía para a segregação dos loucos do convívio social, em 1922, o governo mineiro prevê a criação e inauguração de uma colônia, ou seja, o Asilo Colônia “Setor B” distante do Asilo Central, “Setor A” – localizado no km 4 da BR-265 – que passa a receber indivíduos de todo o Estado. Em 1927, o termo asilo foi substituído pela denominação Hospital Colônia de Barbacena, nome popularizado até os dias atuais. Essa denominação foi utilizada até 1971 durante a gestão da Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (1968-1971). Com a criação da Fundação Educacional Assistência Psiquiátrica (1971-1977), passa a chamar-se Centro Hospitalar Psiquiátrico (CHP) (Barros-Silva, 2008; Duarte, 2009). Atualmente, é denominado Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), pertencente à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).

No ano de 1922, a questão da loucura torna-se mais visível e a demanda pelo atendimento hospitalar cresce. Neste mesmo período, a Assistência de Alienados de Barbacena é desmembrada em dois setores com distância de aproximadamente dois quilômetros um do outro – o Hospital Central, destinado às mulheres, e o Asilo Colônia, para os homens. O Hospital Central já se encontrava em situação caótica, pois mantinha confinado mais que o dobro de vagas em suas dependências. Diante desta situação, Joaquim Dutra enviou comunicados ao Chefe de Polícia dizendo para não encaminhar

⁶ No Museu da Loucura de Barbacena existe um livro de matrícula exposto aos visitantes. O livro menciona que foram incorporados ao hospital 13 pacientes provenientes do Instituto Pinel e do sanatório ao hospital.

pacientes ao hospital, devido à superlotação. Em decorrência das precárias condições do hospital, no ano de 1924 já se falava em decadência (Duarte, 1996; Duarte & Passos, 2009).

Juntamente com as novas modalidades de assistência advindas com os modelos de hospitais colônias ou de colônias agrícolas, surgem formas terapêuticas alternativas com o objetivo de realizar a ressocialização dos internos. Nesse período, se destacaram as práticas que se preocupavam com inserção dos indivíduos no sistema produtivo – como a praxiterapia, a laborterapia, a ergoterapia e a de assistência heterofamiliar, que almejava a recuperação do paciente através do trabalho, tirando o foco do tratamento em um único espaço asilar (Duarte, 2009; Portocarrero, 2002).

Dentre as práticas mencionadas, podemos destacar a assistência heterofamiliar como uma das precursoras no tratamento fora do contexto hospitalar. A assistência heterofamiliar surgiu com a promulgação do Decreto n. 6.169 de 1922 e pelo Decreto-Lei n. 11.276 de 1934, na qual instituía a assistência heterofamiliar por meio de ressocialização e readaptação do paciente para o trabalho em pequenos sítios. Decerto, tais práticas podem ser consideradas como uma ruptura entre a psiquiatria do século XIX e a do século XX. A introdução dessas práticas surgiu com a necessidade de se diminuir a cronificação dos doentes em consequência dos longos períodos nos asilos (Duarte, 2009; Portocarrero, 2002).

Tratava-se de casas que eram habitadas por pacientes e funcionários. Essa modalidade de tratamento foi preconizada na Europa, no século XIX, inspirada na aldeia de Geel, na Bélgica, que recebia multidões de pessoas com problemas mentais. Durante as festividades religiosas, os camponeses recebiam os alienados, que eram deixados por seus familiares em suas casas. Eles participavam das atividades realizadas por eles e, no ano seguinte, retornavam para as suas famílias. Esse tipo de tratamento ocorria mediante um pagamento que era realizado aos camponeses. A proposta de tratamento do modelo heterofamiliar pode ser considerada como precursoras da assistência em saúde mental em espaços residenciais. Pode ser considerada, ainda, a primeira iniciativa de tratamento em moradias que propiciavam o convívio no contexto comunitário na década de 1940 e 1950 (Venâncio & Cassilia, 2007). Apesar de tais iniciativas terem sido realizadas em moradias inseridas em comunidades, o tratamento asilar prevalecia. Pode-se dizer que essas

iniciativas foram empregadas a fim de atender as necessidades internas dos hospitais e as demandas sociais da época.

Nos anos subsequentes, entre 1903 e 1930, surgiram as clínicas particulares de saúde mental: Clínica Goyatá, Casa de Saúde São Sebastião, Casa de Saúde Santa Tereza, Sanatório de Barbacena, Casa de Saúde Xavier, Clínica Mantiqueira e Casa de Saúde Santa Izabel⁷ (Duarte & Passos, 2009). Nesse mesmo período ocorreu a criação do manicômio judiciário de Barbacena⁸. A superlotação dos hospitais públicos já instigava a falência desse modelo, que só veio ocorrer anos depois.

As clínicas particulares emergiram diante da crescente demanda por internações e a superlotação dos hospitais públicos. Os médicos ligados aos hospícios já existentes percebem o “bom negócio” e criam os sanatórios particulares a fim de suprir as deficiências e precariedades do espaço físico dos estabelecimentos psiquiátricos públicos em âmbito nacional. Inicialmente, a introdução das instituições psiquiátricas particulares permitiu a redução dos gastos em assistência aos doentes mentais pelo Estado e, ao mesmo tempo, atendeu às exigências de uma camada social que poderia pagar o tratamento de seus doentes, sem transferi-los para um local distante de suas residências (Duarte, 1996).

Entre os anos de 1941 a 1961 ocorreu um crescimento de hospitais públicos e privados. Em 1941 existiam no Brasil 62 hospitais psiquiátricos: 23 públicos e 39 privados, representando 37,1% e 62,9%, respectivamente. Apesar de os hospitais privados serem em maior número, detinham apenas 19,3% dos leitos psiquiátricos. Já em 1961, o Brasil contava com 135 hospitais, sendo destes, 81 privados e 54 públicos, demonstrando o crescimento dos leitos psiquiátricos particulares. Este crescimento culminou em maiores lucros às instituições psiquiátricas privadas. No ano de 1966, Luiz Cerqueira, em uma publicação intitulada “Pela reabilitação em psiquiatria”, denunciou a situação de cronicidade dos pacientes nos setores privados de saúde. Decerto, os empresários

⁷ Das instituições psiquiátricas particulares apresentadas, duas clínicas privadas ainda se encontram em funcionamento no município: Clínica Mantiqueira e Casa de Saúde Santa Izabel. No âmbito público, funciona na cidade o Centro Psiquiátrico do Estado de Minas Gerais (CHPB).

⁸ O Manicômio de Barbacena foi criado pelo decreto 7471, de 31 de janeiro de 1927 e inaugurado em 15 de junho de 1929. Trata-se de um hospital de custódia destinados a indivíduos com transtornos mentais que cometeram crimes. Em maio de 1956, por força do decreto 5021, passou a ser denominado Manicômio Judiciário Jorge Vaz, em homenagem ao seu primeiro Diretor. Segundo informações obtidas na instituição, o manicômio possui a capacidade de 161 vagas para homens e 54 vagas para mulheres, separados em dois prédios que compõem a Unidade.

visualizavam uma área rentável e de fácil implantação (Amarante, 2001; Paulin & Turato, 2004)

Ainda no que se refere ao Hospital Colônia de Barbacena, no início dos anos 1950, este havia se tornado um dos maiores hospícios públicos a exemplo de outros grandes como o Juquery (São Paulo) e a Colônia Juliano Moreira (Rio de Janeiro), apesar da falta de pessoal qualificado para atender os pacientes, da precarização das condições de hotelaria e da superlotação. A clientela do Hospital Colônia de Barbacena era formada por pessoas de diversas regiões de Minas Gerais, oriunda dos Hospitais Raul Soares (1922) e Galba Veloso (1962), das Chefias de Polícia que recolhiam indigentes e vagabundos que deveriam ser tutelados pelo Estado e alguns indivíduos de outros estados brasileiros. Após as triagens que ocorriam nos hospitais Raul Soares e Galba Veloso, ambos na capital mineira, os pacientes que completavam 11 dias de internação eram encaminhados para Barbacena (Amorin et al., 2006).

Até o início da década de 1960, poucas críticas eram emitidas sobre o Hospital Colônia. O fato é que pouco se sabia sobre a realidade de lá. O que era “guardado a sete chaves”, em 1961, foi demonstrado através de imagens pelo fotógrafo Luiz Alfredo, que seriam publicadas no mesmo ano na revista “O Cruzeiro”. Após uma série de críticas, a entrada da imprensa foi liberada pelo secretário de saúde do governo Magalhães Pinto, Roberto Resende. Luiz Alfredo foi o primeiro fotógrafo a entrar no Hospital Colônia de Barbacena (Toledo & Brandão, 2008). No dia 16 de maio de 1961 foram veiculados pelos jornais e revistas de todo o país manchetes sobre as condições do hospital e os maus tratos que eram submetidos os internos: “*Hospício de Barbacena: sucursal do inferno; 1600 mulheres nos pavilhões dos horrores; Com cinco mortes por dia, Barbacena é um bom fornecedor de cadáveres para a escola de medicina*”. Tais matérias foram veiculadas na revista “O Cruzeiro” e no jornal “Diário da Tarde”, em 1961 (Passos, Barbosa, Souza, 2009, p. 138-139).

Já Alvarenga e Novaes (2007) mencionam que as matérias noticiadas sobre o hospício de Barbacena e divulgadas pelo jornal “Diário da Tarde”, de Belo Horizonte (MG) em 1961, geraram vários tipos de reações na população, sendo que alguns segmentos se manifestaram contra a continuidade das reportagens e outros não.

Entre os anos de 1964 a 1985 o país vivenciou um período de censura aos meios de comunicação, característica da ditadura militar. Durante essa data, a censura impediu a

publicação de denúncias a instituições, principalmente aquelas vinculadas ao setor público. Em decorrência disso, pouco ou quase nada se soube das instituições totais existentes naquele período, uma vez que o projeto psiquiátrico pode ser compreendido como parte integrante de estratégias para a manutenção do controle e ordem social (Benelli & Costa-Rosa, 2003). Tal perspectiva ficou mais evidente no período em que o Governo brasileiro assumiu o controle da imprensa de múltiplas formas, como por exemplo, a lei da imprensa de 1967, a censura prévia e da autocensura na década de 1970.

Diante disso, Barbacena somente foi evidenciada novamente na imprensa nacional a partir de 1979, ocasião em que se instalava a abertura política no Brasil. Nesse mesmo ano, Franco Basaglia visitou o Hospital Colônia e o comparou a um campo de concentração nazista. Após a visita, ele se comprometeu a voltar em novembro para o congresso de psiquiatria que ocorreria seis meses depois. Como prometido, Basaglia retornou ao Brasil e trouxe consigo Robert Castel para o III Congresso Mineiro de Psiquiatria. No evento, foi debatida a situação dos pacientes das instituições psiquiátricas, condenando os manicômios. Nesse cenário, Barbacena passou a fazer parte novamente de uma série de denúncias em 1979, conduzidas, principalmente, pelo jornalista Hiram Firmino e publicadas no jornal “Estado de Minas” (Alvarenga & Novaes, 2007; Magro-Filho, 2002).

Nesse mesmo ano, o cineasta Helvécio Raton lançou o documentário “Em nome da Razão”. Segundo Goulart (2010), esse documentário foi idealizado e realizado no período de abertura política, assumindo o papel de aquecer a imprensa e atingir a opinião pública. O Brasil passava por sérias crises no setor de saúde, o número de hospitais psiquiátricos privados financiados pela Previdência Social havia aumentando em quantidade, embora a qualidade dos serviços prestados não acompanhasse esse crescimento. Nesse período, reportagens produzidas, em especial, as de Hiram Firmino, tinham evidenciado a questão da psiquiatria mineira. Ao mesmo tempo, outras iniciativas para a desinstitucionalização aconteciam em todo o Brasil, como o MTSM e iniciativas vinculadas a movimentos que emitiam críticas ao modelo asilar. Estes promoviam ações com o objetivo de transformar a dinâmica de funcionamento dos hospícios, como o movimento institucionalista, conforme vimos no tópico específico sobre a RPB.

Em termos de registros históricos, os artigos jornalísticos de Firmino e o documentário de Raton acabaram contribuindo para importantes debates no sentido de

comprovação e sustentação de reflexões para que se instaurasse aquilo que se tornou o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira (Amorin et al., 2006; Toledo & Brandão, 2008).

Entre as reportagens de Hiram Firmino, merece destaque a entrevista realizada por ele com o diretor do Hospital Colônia de Barbacena entre os anos de 1969 a 1983, José Theobaldo Tollendal. Nessa entrevista, o diretor retrata a situação vivenciada em Barbacena. Disse ao jornalista que, naquele período, o HCB teria um contingente de 1.395 pessoas amontoadas nos 16 pavilhões do hospital: 717 mulheres, 640 homens e 38 crianças, distribuídas em enfermarias para indigentes, pensionistas e crianças. Segundo ele próprio, esperando a morte (Firmino, 1982). Durante a entrevista, Hiram Firmino perguntou ao diretor: por que Barbacena? E a resposta foi:

Isso aqui é terra de políticos. Este hospital foi criado em Barbacena por questões meramente políticas. Jamais foi considerado o aspecto médico-terapêutico desta cidade, que, a meu ver, deveria ser a última a ser escolhida no país para esse fim. Ao invés de construir este hospital lá em Muriaé, em Carangola, numa região mais quente, eles preferiram aqui, por meros interesses pessoais. A preocupação não foi com a saúde de ninguém, e sim fazer disso aqui uma fonte de empregos, de votos para os senhores políticos da região. Basicamente, é isso.

- O senhor quer dizer...

Quero dizer que, aqui em Barbacena, durante os meses de inverno, a temperatura cai a zero grau, permanecendo assim durante vários dias...

Aumenta o obituário, imediatamente (Firmino, 1982, p.56-57).

Os trechos da entrevista cedida a Hiram Firmino contradizem, inicialmente, a justificativa do clima “ameno” para a escolha da cidade de Barbacena para abrigar um hospital psiquiátrico estadual no município. A questão “política” para a decisão em construir tal hospital é indicado como a principal influência, conforme iremos verificar ainda neste capítulo.

No Hospital Colônia de Barbacena morreram milhares de pessoas. Os óbitos eram contabilizados em cadernos que hoje se encontram disponíveis no Museu da Loucura. Só em 1966, foram contabilizados 1.253 mortes, sendo 800 homens e 453 mulheres. Em 1967, ocorreram 657 óbitos. Diante do número elevado de óbitos, alguns corpos tornaram-se peças anatômicas vendidas para as Universidades da região Sudeste.

Nos anos de 1970, segundo entrevista realizada com o ex-diretor, Jairo Toledo, foram comercializados 1.853 cadáveres (Amorin et al., 2006). Duarte (2009), por sua vez, em um levantamento realizado sobre a movimentação de cadáveres no período de 1969 a

1975, contabilizou 1822 cadáveres comercializados nos documentos disponíveis no Museu da Loucura de Barbacena. Segundo a autora, existiam indícios que o número apresentado e registrado poderia ser superior, uma vez que alguns corpos não foram lançados pelo tesoureiro no movimento de caixa. Segundo algumas publicações jornalísticas, estima-se que mais de 60 mil pessoas perderam suas vidas lá (Arbex, 2013; Firmino, 1982).

As denúncias de tratamento desumanizado que o município oferecia aos doentes mentais e a visita de Basaglia, em 1979, Barbacena volta a ser noticiada em todos os meios de comunicação, ganhando projeção internacional. Nesta ocasião, o Governo de Estado estava vivenciando uma crise na assistência à saúde mental e, ao mesmo tempo, passando por um período de democratização política. Este cenário refletiu em críticas às instituições psiquiátricas asilares, em especial, as instituições públicas. Diante desses movimentos de mobilização, o governo se vê obrigado a tomar algumas medidas no sentido de reformular o seu modelo assistencial psiquiátrico, conforme apresentado no capítulo específico.

Nesse contexto, são inauguradas novas formas de se pensar o paradigma psiquiátrico, baseadas no questionamento à trajetória institucional sanitarista de construir reformas sem promover a reflexão acerca do âmago da psiquiatria, reproduzindo o modelo asilar e institucionalizante (Amarante, 2001). No caso de Barbacena, o processo de desospitalização teve início a partir de 1981, com a criação de um ambulatório para o atendimento dos internos e uma unidade específica para pacientes agudos. Em 1986, ocorre mais uma reformulação arquitetônica no hospital e criam-se cinco módulos residenciais destinados aos pacientes, dentro do próprio CHPB e um Centro Comunitário para atividades terapêuticas⁹.

Outro marco importante para a história de Barbacena foi a criação do “Museu da Loucura”, em 1996. Trata-se do resultado de um projeto denominado “Memória Viva”, da Fundação Municipal de Cultura de Barbacena em parceria com a FHEMIG, financiado pela Prefeitura do município. O Museu reúne documentos e imagens sobre a história da psiquiatria, em Barbacena. De acordo com Barros e Silva (2008), os registros da história do maior hospital psiquiátrico de Minas Gerais, que estão disponíveis no Museu, são divididos em três fases: de bom funcionamento da instituição (1903-1934); de crise institucional (1934-1979) e, por último, que compreende os anos em que ocorreu e vem

⁹ Informações obtidas durante a fase exploratória deste estudo em 04 de janeiro de 2013, em entrevista com trabalhadores da instituição.

ocorrendo o processo de Reforma Psiquiátrica, iniciado em 1979, retratando o processo de reestruturação da instituição.

No que tange ao processo de desinstitucionalização no município, foi inaugurado no ano de 2000 o primeiro Serviço Residencial Terapêutico (SRT), servindo como modelo de um projeto piloto para as futuras implantações de outras Residências Terapêuticas (RT) em Barbacena. Como se trata do tema específico dessa dissertação, voltaremos a falar sobre essa implantação nos capítulos seguintes.

No ano de 2001, antes da implantação do CAPS Municipal, o município contava com 1.336 leitos em 05 hospitais psiquiátricos, provenientes de apenas 01 hospital público e 04 conveniados ao SUS/MG. Nesse período, a média de internações e reinternações de pacientes agudos ou em crise chegava a 130 indivíduos por mês (Barbacena, 2004).

O primeiro CAPS Municipal – tipo II foi implantado em 2002, passando a atuar como porta de entrada para a rede de saúde mental, com funcionamento de 12 horas por dia durante os sete dias da semana. Seguindo as diretrizes da Coordenação Nacional de Saúde Mental, o CAPS Municipal passou a regular a rede de atendimentos, atuando como porta de entrada para avaliações e internações. Dessa forma, a emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) passou a ser realizada pelo CAPS. Antes da implantação deste CAPS no município, a porta de entrada ocorria no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena/FHEMIG. Essa nova configuração causou um impacto significativo, diminuindo as internações realizadas nos hospitais psiquiátricos (Barreto & Vidal, 2007; Fassheber, 2009).

Em setembro de 2005 foi inaugurado no prédio do Asilo Colônia, antes denominado Setor B do Hospital Colônia, o “Hospital Geral de Barbacena Dr. José Américo”. Trata-se de um hospital destinado à realização de atendimentos em clínica geral em uma região de 53 municípios, sendo referência em cirurgias ortopédicas.

Atualmente, os poucos pacientes remanescentes do antigo Hospital Colônia ficam no espaço do CHPB, antes denominado “Asilo Central - Setor A”. Segundo informações obtidas com a própria direção do Hospital, existem ainda 187 pacientes internos, todos eles já idosos, sendo alguns deles portadores de sequelas por doenças advindas de maus tratos e do uso exorbitante de eletrochoques, práticas recorrentes no período manicomial, e sem

condições, portanto, de serem transferidos como os outros para os SRT que o município possui¹⁰.

3. Barbacena: “Cidade dos Loucos”, “Trem de doido” e “Cidade das rosas”

O tratamento de doenças no início do século XX foi demarcado pela crença, que propriedades terapêuticas do clima das cidades poderiam proporcionar a cura de doenças. Esse tipo de pensamento se polarizou em todo o mundo. No Brasil, as cidades como Petrópolis (RJ), São José dos Campos (SP) e Campos do Jordão (SP) foram atribuídas a propensão de cura de tuberculose, devido ao clima frio e seco. Na época houve um grande fluxo migratório de tuberculosos para as cidades que possuíam clima com essas características. Já Barbacena (MG), devido ao clima ameno e com temperaturas baixas, poderia facilitar a cura de doenças mentais. Tal característica ganhou destaque e o município chegou a ser comparado com o clima de cidades europeias (Carvalho, 2003). Na época, diante da ausência de recursos medicinais, restava à medicina a exposição a determinados climas como recurso de tratamento de doenças.

Quanto ao fator terapêutico atribuído ao clima da cidade de Barbacena para tratamentos psiquiátricos, podemos considerar tal característica advinda de uma explicação ideológica, uma vez que, o número de óbitos em períodos de frio aumentava significativamente, conforme mencionado no tópico anterior. Ao mesmo tempo em que o frio ameno era considerado um fato de “sucesso” para os tratamentos, os índices de óbitos eram considerados alarmantes. Dessa forma, fica uma reflexão: o mesmo frio que cura, mata? Certamente, a resposta a essa pergunta exemplifica os manejos “políticos” que sustentaram a decisão por manter o hospital na cidade.

A implantação de hospícios em Barbacena foi utilizada como promissora tentativa de cura de doenças mentais. A medicina se sustentava na ideia de princípios como a mudança do clima e a exposição do doente a uma região de ar puro. Pode-se dizer que essas especificidades contribuíram para que a cidade ganhasse a proeminência de tratamentos de doenças mentais, como possível prêmio de consolação em virtude da perda da disputa pelo título de capital mineira.

¹⁰ Essas informações foram obtidas no dia 04 de janeiro de 2013, durante a fase exploratória deste estudo em entrevista com trabalhadores do hospital.

Na literatura, autores como Guimarães Rosa, por meio do conto "*Sorôco, sua mãe, sua filha*" - Primeiras Estórias, Barbacena foi referenciada em decorrência de um trem, que saía do sertão, levando duas mulheres para serem internadas num lugar muito distante. Diante dos problemas mentais de sua mãe e sua filha, se vê obrigado a encaminhar seus entes para uma instituição psiquiátrica. A história do Sorôco é narrada em uma estação ferroviária (Guimarães Rosa, s.d., p.18). Segundo Duarte (2009), o escritor residiu em Barbacena entre os anos de 1936 a 1938, servindo como médico no 9º Batalhão de Polícia Militar de Minas Gerais. A narrativa do conto demonstra que o autor se sensibilizou com o que viu sobre a loucura no município.

A chegada de indivíduos ditos "alienados" contribuiu para que a cidade de Barbacena recebesse outra denominação, que ficou popularmente conhecida como "trem de louco". O termo passou a ser utilizado logo após a implantação dos primeiros hospitais psiquiátricos no município, em consequência do número elevado de pessoas que chegavam pelas vias ferroviárias à Estação do Sanatório da cidade.

A estrada de ferro que passava o trem assemelha-se à "nau-ferrovia dos loucos". Duarte (1996) e Duarte e Passos (2009) atribuem essa denominação à semelhança da história da cidade com a descrição de Michel Foucault – "nau dos loucos", da época da Renascença, cujos loucos eram conduzidos de porto em porto na obra de "História da Loucura na Idade Clássica [1961]". Tal obra faz menção às estratégias de inclusão e exclusão do louco pela sociedade naquela época (Duarte & Passos, 2009).

Os indivíduos trazidos nos trens eram acompanhados por policiais e, em alguns casos, os guardas dos Hospitais Galba Veloso e Raul Soares, em Belo Horizonte. Durante as longas horas de viagem, para não ocasionar problemas, aqueles mais agitados tinham os seus pés e/ou mãos amarrados e/ou imobilizados por uma camisa-de-força denominada manchón. Nesse período, a chegada dos "loucos" pela ferrovia gerou algumas polêmicas em um jornal local. Dentre elas, o constrangimento dos barbacenenses frente aos turistas (Duarte, 1996; Duarte & Passos, 2009).

Na década de 1960, o transporte dominante era feito por meio das rodovias. Partes dos internos vindos para a cidade eram trazidos de ônibus, que também chegavam lotados das instituições psiquiátricas belorizontinas.

Em razão do número elevado de hospitais psiquiátricos existentes antes do processo de Reforma Psiquiátrica, Barbacena recebeu a adjetivação de "Cidade dos Loucos".

Segundo Duarte (2009) e Duarte e Passos (2009), não se sabe ao certo quando a cidade recebeu essa nomenclatura, no entanto, há indícios que o termo foi reforçado através da imprensa após as denúncias ocorridas a partir de 1960. Nesse sentido, Barbacena passou a fazer parte do “imaginário social” como a “terra dos loucos”, embora a maioria dos internos não fosse da cidade, e sim, de outros municípios.

Barbacena também é conhecida como “Cidade das rosas”. De acordo com Duarte (2009) e Duarte e Passos (2009), há registros dessa designação desde o século XIX, quando *Saint-Hilaire* referencia a cidade em seu livro “Viagens pelas Províncias do Rio de Janeiro e Minas Gerais”. O cultivo de rosas deve-se aos integrantes de uma colônia alemã da década de 1930. Na década de 1960, a produção e a exportação de flores passa a aquecer a economia local. Em 1967, migrantes japoneses contribuem para a expansão, passando a cultivar rosas e outras espécies de flores, em estufas. Nesse contexto, Barbacena também fica famosa pela produção de flores, em especial, a produção de rosas (Duarte & Passos, 2009), o que não ocorre mais, uma vez que esta produção de floricultura vem, com o passar do tempo, cedendo lugar para a produção de fruticultura. No entanto, mantém-se a tradição dessa denominação da cidade.

As denominações “Cidade dos Loucos” e “Cidade das Rosas” tornaram a cidade conhecida em todo o Brasil e fazem parte do cotidiano dos barbacenenses. A primeira denominação demonstra a contestação de milhares de indivíduos silenciados pelos anos de confinamento nos hospícios de Barbacena. Trata-se de um termo que foi popularizado, porém, rejeitado pela população local, uma vez que remete ao passado do município com relação ao tratamento desumanizado aos doentes mentais. Apesar de o município ter sido uma das principais cidades a se destacarem no cultivo de rosas e flores, Duarte (2009), enfatiza que o termo “Cidade das Rosas” pode ter surgido também com a finalidade de suplantar as denominações anteriores. Para a autora, isso ocorreu devido à necessidade da população local em buscar uma identidade para a cidade que demonstrasse características positivas. Neste sentido, foi introduzido no calendário da cidade, em 1969, a “Festa das Rosas” com o objetivo de reunir produtores e compradores de flores de várias regiões em Barbacena. Essa iniciativa pode ser compreendida pela busca de reconhecimento pela denominação “Cidade das Rosas”.

A QUESTÃO DA MORADIA NO CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL

Ao longo do processo de desinstitucionalização instaurado no país, surgiu um novo modelo de assistência como forma de tratamento e acolhimento do sujeito portador de transtorno psiquiátrico. Daí o surgimento da proposta de transformação do ‘espaço asilar’ que aos poucos deixa de protagonizar o cenário da saúde mental no Brasil e a comunidade passa a ser foco no processo de reinserção do sujeito (Saraceno, 2010).

A primeira iniciativa governamental para a redução dos leitos hospitalares foi a elaboração do Programa de Apoio à Desospitalização (PAD) no início dos anos 1990, por meio da Recomendação n.008 de 08 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2004a). O programa previa que pessoas internadas com período maior que cinco anos contínuos ou dez anos, com intervalos pequenos de alta, poderiam retornar para as suas famílias de origem ou famílias substitutas. Para tanto, era oferecido um valor mensal de aproximadamente três salários mínimos, cuja distribuição seria metade para a família e a outra metade para a secretaria de saúde mental local. Porém, o governo na época não teve recursos para implantar essa proposta. Outra iniciativa foi a criação de casas e apartamentos, denominados “lares abrigados”, “pensões protegidas” e “moradias extra-hospitalares”, implantados em alguns estados de forma experimental (Furtado, 2006; Lougon, 2006; Marcos, 2004).

Essas experiências iniciais, datadas na década de 1990, podem ser consideradas como precursoras do que hoje se denominam Residências Terapêuticas. Essas iniciativas foram impulsionadas a partir da promulgação da Lei n. 10.216/2001 (Brasil, 2004a), cujo modelo extra-hospitalar surge como uma possibilidade efetiva de reconstrução de uma política direcionada à comunidade. Pouco tempo depois da outorga desta lei, foram incorporados como política do SUS os Serviços Residenciais Terapêuticos a partir da publicação da Portaria n. 106 de 11 de fevereiro de 2000, representando importante

conquista para a política de saúde mental (Furtado, 2006). A portaria, em seu artigo terceiro, define que cabe aos Serviços Residenciais Terapêuticos em saúde mental

- a. garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;
- b. atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado; c. promover a reinserção desta clientela à vida comunitária (Brasil, 2004a).

Com a promulgação da Portaria n. 106/2000, as residências destinadas a egressos de hospitais psiquiátricos passaram a ser denominadas Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (Furtado, 2006). A escolha dessas nomenclaturas gerou muitas polêmicas pela utilização dos termos “serviços” e “terapêuticos”. Inicialmente, estes termos foram alvo de questionamentos, uma vez que destoava de que denominaria uma moradia. Apesar dessa polêmica, a nomenclatura foi mantida a fim “sustentar” esses serviços no âmbito do SUS (Furtado, 2006; Furtado et al., 2010).

A promulgação de leis e portarias permitiu a construção da política de saúde mental atual, entre elas, podemos destacar a Lei 10.708/2003, conhecida como o “Programa de Volta para Casa”, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para a assistência, acompanhamento e integração social para pacientes egressos de internações psiquiátricas. Além disso, as portarias 52 e 53/2004, que instituíram o programa anual de reestruturação da assistência psiquiátrica, estabelecem um programa de redução progressiva de leitos psiquiátricos no país. Em 2004, a Portaria 2068/GM regulamentou os incentivos financeiros para a implantação de SRT em todo território nacional. Esta portaria instituiu o valor de R\$ 10.000,00 a cada módulo residencial com oito vagas (Brasil, 2004a; Brasil, 2004b; Brasil, 2004c).

O Programa de Volta para Casa, implantado no Brasil em julho de 2003, pode ser considerado um desdobramento da Lei 10.216/2001, que em seu artigo 5º “determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (Brasil, 2004a). Trata-se de um auxílio financeiro de

R\$412 reais mensais¹¹, destinado a pessoas acometidas de transtornos mentais egressos de internação psiquiátrica por um período determinado, podendo ser renovado de acordo com a necessidade do morador e das condições de reintegrá-lo totalmente à sociedade. As pessoas inseridas em residências terapêuticas ou egressas de Hospital de Custódia e Tratamento também podem receber o auxílio.

1. Moradia

Schweizer e Junior (1997) fazem a distinção entre os termos “casa”, “moradia” e “habitação”. Segundo eles, a palavra “casa” direciona o pensamento para uma estrutura física, composta por paredes e teto. Em relação à “moradia”, pode-se atribuir uma função humana, ou seja, o ato de morar em determinado local. Já a palavra “habitação” conduz a uma dinâmica em relação aos termos anteriores, indicando uma ação. Para eles, esses três conceitos são complementares e importantes, pois se referem à necessidade fundamental do ser humano de possuir um abrigo, possuidor de uma dinâmica própria de acordo com os valores e preferências de grupo que nela se inserem.

Os autores mencionados enfatizam os múltiplos significados assumidos em um espaço habitado. A casa, em seu sentido mais amplo, não pode ser compreendida por meio de uma única via, pois ela se relaciona com o território físico, o ambiente e os sujeitos que habitam nesse território. Neste contexto, existe um plano restrito e outro integrado, representando a separação entre o público e o privado relacionados aos aspectos de integração que permeiam o individual/privado com o coletivo/público.

Seguindo essa reflexão, o conceito de território desenvolvido por Milton Santos (2006), ultrapassa o argumento de posse ou lugar. A configuração territorial é constituída na relação existente entre objetos, informações e ações que ocorrem em meio às relações sociais de um determinado espaço. Para o autor, este espaço *“é formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá”* (p.39). Dessa forma, a relação entre o indivíduo e a casa pode ser compreendida como um ordenador

¹¹ O valor atualizado do auxílio é de R\$412, 00 (quatrocentos reais e doze centavos) pagos mensalmente ao egresso do hospital psiquiátrico. Vale ressaltar que o recebimento deste valor está vinculado à avaliação da equipe médica que acompanha o paciente. Para maiores informações, consultar o site do banco Caixa Econômica Federal, responsável pela manutenção do benefício, no sítio da instituição (recuperado de <http://www20.caixa.gov.br/Paginas/Noticias/Noticia/Default.aspx?newsID=722> , em 29 de outubro de 2014).

do espaço, ou seja, de território. Neste sentido, morar em uma determinada casa implica produzir novos coletivos na rua, no bairro, na comunidade, na praça e nos serviços e equipamentos disponíveis para a sociedade (Schweizer & Junior, 1997).

Furtado et al. (2010) definem o termo “moradia” como um campo de interação e articulação do sujeito em seu “*habitus*”, conceito trazido das teorias de Pierre Bourdieu. O autor considera o termo “habitação” como *locus* de ação simbólica. Para ele, “*os dois termos permitem distinguir dois estados do mesmo lugar em dois tempos: a moradia é o campo determinado para a habitação anterior à experiência do sujeito; a habitação é a constituição do habitus no decorrer de uma experiência (p.391)*”. Dessa forma, a noção de *habitus* possui vinculação com a reprodução social, essencial para o funcionamento e organização no espaço de moradia.

Na obra intitulada “*Travail et travailleurs en Algérie*”, de 1963, Bourdieu define *habitus* como uma “*subjetividade socializada*” que emerge da necessidade de “*apreender as relações de afinidade entre o comportamento dos agentes e as estruturas e condicionamentos sociais*” (Setton, 2002, p.62). Trata-se de um conceito que busca mediar e conciliar a oposição aparente entre a realidade exterior e a realidade individual. Uma das questões centrais da teoria deste autor é a identificação da mediação existente na relação entre os indivíduos e a sociedade. Para Setton (2002), o conceito pode ser

“concebido como um sistema de esquemas individuais, socialmente constituído de disposições estruturadas (no social) e estruturantes (nas mentes), adquirido nas e pelas experiências práticas (em condições sociais específicas de existência), constantemente orientado para funções e ações do agir cotidiano” (p.63).

Neste sentido, o termo pressupõe a existência de uma relação *dialética* entre sujeito e sociedade. Assim, todos os comportamentos emitidos pelas pessoas, os desejos e as aspirações derivam da relação entre um *habitus* e os estímulos sociais. Trata-se de um sistema construído continuamente, por meio do contexto histórico e social no qual o indivíduo se insere. Nesta concepção, os *habitus* individuais podem ser considerados produtos da socialização, produzidos em trajetórias singulares e em espaços distintos – a família, a escola, o trabalho ou pelos grupos sociais (Setton, 2002). Torna-se importante retomar este conceito a fim de compreender as diversas formas de “morar” que são construídas e estabelecidas na nossa política de saúde mental, como é o caso das

Residências Terapêuticas, instituídas como moradas destinadas a egressos de hospitais psiquiátricos.

Para Saraceno (2010), todos os seres humanos atuam de forma esquemática em três cenários: cenário *habitat*, cenário mercado e cenário trabalho. É nestes cenários que histórias acontecem e se desenrolam cotidianamente e são elementos sociais, essenciais aos indivíduos, uma vez que contribuíram para o desenvolvimento de um poder contratual para lidar com situações cotidianas, como o dinheiro, os afetos, os poderes e os símbolos. O processo de reabilitação seria a reconstrução do pleno exercício de cidadania e contratualidade nos vários contextos: casa, trabalho e rede social, sendo que as moradias constituem elemento fundamental para o processo de reabilitação psicossocial de pessoas egressas de longos períodos de institucionalização.

A transposição destes conceitos para o âmbito da Reforma Psiquiátrica é o grande desafio. A Lei 10.216/2001, além de garantir os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial. A Portaria 106/2000 pode ser considerada um marco para a expansão de uma iniciativa até então incipiente, como é a questão da moradia no contexto de saúde mental (Brasil, 2004a). A implantação desta política permitiu a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) como dispositivos substitutivos aos manicômios, assumindo lugar central no processo de desinstitucionalização, como política de reinserção social.

O SRT, enquanto política pública de saúde mental preconiza a retirada de pessoas nos manicômios, instalando-os em casas nas cidades. Essa proposta tem como objetivo promover a reinserção social dos antigos internos de instituições psiquiátricas. Visa, também, promover autonomia através do processo de reabilitação psicossocial, de modo que o morador deixe de ser tutelado para conviver socialmente, com plenas condições para uma vida integrada ao ambiente comunitário (Weyler & Fernandes, 2005).

No entanto, é importante ressaltar que a tarefa de incluir o sujeito em uma forma distinta de morar e circular transcende o âmbito dessa política. A proposta de reinserção social do SRT pode ser considerada complexa, uma vez que engloba aspectos da vida em sociedade, cenário no novo morar, de subjetivação de novos espaços e de sociabilidade (Amarante, 2008; Weyler & Fernandes, 2005).

Furtado et al., (2009) argumentam que nesses espaços residem indivíduos egressos de longos períodos de internação e que, apesar de as moradias seguirem diretrizes

nacionais, vale ressaltar que se trata de um contexto onde atores diferentes estão imersos em suas adversidades e relações socioculturais. Os autores mencionam a necessidade de realização de estudos que permitam conhecer a realidade dessas moradias, uma vez que ainda são incipientes os estudos acerca da dinâmica destes serviços. Trata-se de uma casa com regras e diretrizes provenientes dos órgãos de gestão federal, estadual ou municipal. Furtado e Campos (2011) enfatizam que tal aspecto assume contradições com relação às diretrizes que norteiam tais serviços e a subjetividade dos moradores, embora seja a essência desses equipamentos. Os autores argumentam que

o problema não parece ser a portaria em si, mas o fato de contarmos hoje em dia com apenas um referencial normativo técnico-assistencial que, por sua vez, é frequentemente tomado como matriz a ser reproduzida no provimento de morada para portadores de transtornos mentais graves (Furtado & Campos, 2011, p.59).

Diante desta reflexão, é possível constatar que cada moradia assume características específicas, uma vez que possuem sujeitos únicos.

2. Serviços Residenciais Terapêuticos

No que tange à questão de moradia para pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, a política de saúde mental brasileira dispõe sobre a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Estes se constituem como serviços assistenciais substitutivos à internação psiquiátrica destinados a atender as necessidades de moradia de indivíduos portadores de transtornos mentais, institucionalizados ou não. Para seu funcionamento, estes serviços atuam em parceria com uma unidade de referência, seja uma equipe de atenção básica ou um CAPS, com caráter interdisciplinar, com o objetivo de inserir progressivamente o morador na comunidade (Brasil, 2004a; Brasil, 2004c). Segundo a publicação do Ministério da Saúde (Brasil, 2005, p.15), embora as RT

se configurem como equipamentos da saúde, estas casas, implantadas na cidade, devem ser capazes em primeiro lugar de garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e de auxiliar o morador em seu processo – às vezes difícil – de reintegração na comunidade. Os direitos de morar e de circular

nos espaços da cidade e da comunidade são, de fato, os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação nos municípios de Serviços Residenciais Terapêuticos. Sendo residências, cada casa deve ser considerada como única, devendo respeitar as necessidades, gostos, hábitos e dinâmica de seus moradores.

Para cada Residência Terapêutica (RT) implantada, o Ministério da Saúde repassa uma verba no valor de R\$10.000,00 (dez mil reais) como forma de incentivo. Esta quantia inicial é destinada para fazer os ajustes necessários e para equipar a residência com móveis e eletrodomésticos. Além do valor de implantação, mensalmente também são repassados os recursos financeiros da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), podendo chegar a 8.000 reais mensais, seguindo a média de 1.000 reais por morador para cada residência. A administração dos gastos fica a cargo de cada residência, sendo que a mesma também deve se organizar para suprir as necessidades dos moradores (Brasil, 2004c).

No Brasil, existem duas categorias de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT): (a) SRT do tipo I (SRTI), que propõe a inserção dos moradores na rede social existente na comunidade, destinados a pacientes egressos de hospitais psiquiátricos e/ou comunidade que demandam atendimento psiquiátrico e não possuem residência; (b) SRT do tipo II (SRTII), que oferece cuidados intensivos, destinados às pessoas idosas e doentes. Pela complexidade, este tipo de residência conta com o monitoramento técnico diário, com trabalhadores 24 horas por dia (Brasil, 2004c; Brasil, 2011).

O SRT I pode ser considerado o tipo mais comum de residência, em que cada casa conta com apenas um cuidador. Este cuidador pode ser capacitado para este tipo de atividade, podendo ser um trabalhador do CAPS, da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou ter carteira assinada com o apoio financeiro do Programa de Volta Para Casa.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a compreensão das etapas deste estudo, serão apresentados nos próximos tópicos os desdobramentos realizados como aporte metodológico para a operacionalização da presente pesquisa.

1. Pressupostos teórico-metodológicos

Segundo Abrantes e Martins (2007) a construção prática do conhecimento relaciona-se à realidade histórica do que se pretende conhecer, tendo em vista que os sujeitos se desenvolvem em meio à:

Apropriação da história contida nos objetos produzidos pelo homem e nas relações estabelecidas entre eles na base de tais produções. Mas para uma efetiva compreensão da dimensão práxica do homem, outro preceito deve ser levado em conta, qual seja, a unidade inicial existente entre sujeito e objeto do conhecimento (p. 315).

Para Abrantes e Martins (2007) é na unidade articuladora existente entre a *“ideia e a ação ou entre a teoria e a prática que se efetiva a historicidade humana, concretizando no movimento de constituição da realidade social”* (p. 314). Dessa forma, a construção do conhecimento apenas pode ser entendida pela relação existente entre a realidade histórica e a realidade que se pretende conhecer, pois o indivíduo apenas pode ser compreendido em meio às suas relações de apropriação histórica.

Mattos (2011) menciona que o conjunto de toda trajetória acerca da reflexão sobre a ciência resulta em uma via de compreensão de conhecimento como *“um modo de produzir narrativas, um modo de conversar, um modo de construir argumentos”* (p.25). Nesse sentido, o autor destaca que o processo pelo qual construímos uma definição do objeto de pesquisa nunca será solitário ou individual, tendo em vista que tende a ser realizado em meio a sucessivas aproximações feitas em contextos amplos e sociais.

Conforme argumentação de Mattos (2011) em defesa da constituição do objeto, a construção deste pode ser entendida como uma tarefa iminente do pesquisador, tendo em vista que é um produto de seu esforço.

Em consequência dessa realidade e do ponto de vista metodológico, no presente estudo pretendeu-se estudar a história da implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) através das narrativas dos trabalhadores que participaram deste processo. Trata-se um estudo de natureza qualitativa, com a proposta de compreender atitudes, crenças e ações inerentes e a experiência dos indivíduos, buscando o entendimento dos sentidos que são atribuídos pelos sujeitos em relação às suas experiências pessoais e sociais. Essa abordagem tem como objetivo:

Compreender as relações, as visões e o julgamento dos diferentes atores sobre a intervenção na qual participam, entendendo que suas vivências e reações fazem parte da construção da intervenção e de seus resultados. Ou seja, acredita-se que exista uma dinâmica inseparável entre o mundo real e a subjetividade dos participantes (Minayo, et al. 2005, p.82).

O método qualitativo busca a compreensão das vivências, e que representações esses indivíduos possuem acerca de suas experiências de vida. Contradiz as prioridades estabelecidas pelo método quantitativo, que, por sua vez, busca compreender e explicar as ocorrências, através da mensuração e correlações dos eventos cotidianos, seja de forma individual ou coletiva (Turato, 2005).

Estudos qualitativos são caracterizados pela capacidade de buscar o entendimento sobre significados individuais ou coletivos. Segundo Turato (2005), o *significado* apresenta-se em sua função estruturante, ou seja, “em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas” (p. 509). O autor destaca ainda que o cerne do interesse não se concentra em estudar os fenômenos em si. Diferentemente das abordagens positivistas, o alvo de estudo é direcionado aos processos de *significação* que tal fenômeno ganha para os sujeitos que o vivenciam.

Conforme ressalta Minayo et al. (1993), o método qualitativo “*trabalha com o universo de significados*” (p.21), entendido pela autora como parte da realidade social. Dessa forma, é considerado adequado para investigações de histórias sociais, sejam de grupos particulares ou de segmentos delimitados. Essa abordagem permite desvelar

processos sociais ainda pouco conhecidos, do ponto de vista dos atores sociais. Além disso, contribui para a elaboração de novas abordagens, bem como a revisão e criação de conceitos e categorias durante o processo de investigação (Minayo, et al. 2005, 2010).

Para operacionalização da presente pesquisa, considerou-se o que Minayo et al. (1993; 2010) nomeia como *ciclo de pesquisa*. A autora salienta que se trata de um “*peculiar processo de trabalho em espiral que começa com uma pergunta e termina com uma resposta ou produto que, por sua vez, dá origem a novas interrogações*” (Minayo, 1993, p.26). Este ciclo é dividido em três momentos: (a) *fase exploratória*: consiste na construção do próprio projeto de pesquisa, incluindo os procedimentos necessários para a entrada em campo; (b) *trabalho de campo*: consiste em avaliar a operacionalização prática em consonância com a construção teórica elaborada pela etapa anterior. É considerada uma etapa central, pois ocorre um momento relacional e prático, no qual o pesquisador poderá confirmar ou refutar hipóteses, além de ter a possibilidade de construir sua própria teoria; (c) *análise e tratamento do material empírico e documental*: consiste no conjunto de procedimentos necessários “*para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los com a teoria que fundamentou o projeto*” (Minayo, 1993, p.27). A autora ressalta que o ciclo de pesquisa nunca se encerra, pois toda pesquisa produz novas indagações (Minayo, 1993; 2010). A seguir, serão descritas as etapas da presente pesquisa:

2. Fase exploratória

Nesta fase, realizou-se a construção do projeto propriamente dito, incluindo todas as etapas necessárias para a entrada no campo de pesquisa. Dessa forma, ocorreu o que Minayo (2010) chama de exploração do campo de pesquisa, na qual foram definidos o espaço de pesquisa, as estratégias de entrada em campo e a amostragem, ou seja, a descrição dos sujeitos que foram incluídos na pesquisa. A área de interesse foi delimitada por meio de uma ampla e crítica revisão bibliográfica, fundamentando a escolha do referencial metodológico e dos referenciais teóricos de base.

2.1 – Descrição do espaço de Pesquisa

O estudo foi realizado na cidade de Barbacena. Trata-se de um município mineiro situado na região dos Campos das Vertentes. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), a cidade possui 126.284 habitantes. A escolha deste município se deu por diversos motivos, dentre eles, por tratar-se de uma cidade com fortes tradições manicomiais, chegando a possuir milhares de pacientes internados nos hospitais psiquiátricos da cidade, conforme se indicou nas primeiras seções deste trabalho.

Segundo Vidal et al. (2008), no ano 2000 foi realizado um levantamento dos pacientes psiquiátricos no município, no qual foi constatado um grande contingente de pacientes asilares nos cinco hospitais da cidade, indicando a necessidade da criação de uma rede de serviços extra-hospitalares. Em novembro desse mesmo ano foi criada a primeira residência terapêutica, que abordaremos mais adiante. A cidade de Barbacena é reconhecida pelo número de Serviços Residenciais Terapêuticos em relação ao número de habitantes e, principalmente, pelo processo de reabilitação psicossocial adotado no município. Segundo dados do Ministério da Saúde (2011), estima-se que no Brasil existam aproximadamente 596 Residências Terapêuticas, dentre estas, 28 se encontram em Barbacena, sendo que outras quatro foram implantadas no ano de 2014.

Além dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o município conta com o suporte de outros serviços substitutivos de atenção à saúde mental, tais como: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) e Consultório na Rua, Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Centro de Convivência e Cultura, além de leitos clínicos no hospital geral para álcool e drogas/abstinência.

Atualmente, o município conta com 32 RT e possui 124 profissionais com diversas especialidades que prestam atendimento a 171 moradores. São consideradas moradias inseridas na comunidade para abrigar e cuidar de pacientes psiquiátricos egressos de longos períodos de internação que não possuem vínculo familiar ou social.

As RT estão em funcionamento no município desde 2000. Por se tratar de moradias, funcionam em horário integral. Atendem a pacientes egressos de hospitais psiquiátricos da própria cidade. A equipe é composta por profissionais de diversas áreas do conhecimento, distribuídos da seguinte forma: uma coordenadora com formação em Serviço Social; 108 cuidadores sem formação específica; sete profissionais de nível

superior (Serviço Social e Psicologia) que atuam como equipes de referência, sendo cada um responsável pela manutenção e “subcoordenação” de três a quatro RT; oito profissionais que atuam como diaristas, em plantões, e substitutos. Estes, por sua vez, são chamados de “profissionais de mobilidade”, pois atuam suprimindo as necessidades locais, como licenças médicas e férias. Realizam também funções externas e são convocados para acompanhar os moradores que necessitem de cuidados intensivos nas próprias residências e/ou em leitos de hospitais.

O número de moradores para cada RT pode variar de um a oito moradores. As RT do tipo II, o número de moradores pode chegar a 10 pessoas. O mobiliário da casa é funcional e oferece tudo que uma residência convencional possui em termos de móveis e eletrodomésticos.

Em se tratando ao tipo de RT instaladas em Barbacena, vale ressaltar que o município optou por não caracterizar essas moradias como do Tipo I ou do Tipo II, conforme orientação da Portaria nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011. Como a cidade já possuía muitas RT até a data da publicação da presente portaria, a organização das casas foram mantidas e a definição por “tipos” passou a ser atribuída por morador. São 113 moradores do Tipo I e 52 moradores do Tipo II, sendo que, em uma mesma RT podem morar indivíduos com características tanto para uma RT do Tipo I ou do Tipo II.

Além do incentivo financeiro que cada RT recebe do Ministério da Saúde para os municípios com a transferência de valores das AIH, de acordo com a tipificação de cada residente, os moradores também recebem benefícios sociais ou aposentadoria/pensão. Assim, eles também contribuem com a manutenção da casa. Eles utilizam do seu próprio dinheiro para realizar a compra de pertences pessoais. As atividades da casa, como a organização da residência e o preparo dos alimentos, são realizadas pelos próprios moradores que contam também com a ajuda de um cuidador. A manutenção das casas e o pagamento dos cuidadores são de responsabilidade de uma Organização Não-Governamental (ONG), Instituto José Luiz Ferreira, conforme convênio realizado com a prefeitura municipal. Caso haja opção de um funcionário para a realização das atividades domésticas, o custeio deste profissional fica a cargo dos próprios moradores. Já o trabalho técnico necessário para a manutenção dos SRT é realizado por técnicos de referência, da coordenadora das RT e da própria coordenação de saúde mental, que possuem contratos vinculados à prefeitura de Barbacena.

Em relação à renda desses moradores: 119 recebem o benefício do Programa de Volta para Casa (PVC); 108 recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC); 19 são aposentados e/ou recebem pensão. Grande parte dos moradores recebe mais de um benefício/aposentadoria concomitante, sendo 99 moradores que recebem o PVC e o BPC e 16 moradores que recebem o PVC e a aposentadoria. Estes dados foram retirados do relatório que o município encaminhou ao Cadastro Nacional dos SRT. Nesse relatório não havia informações sobre a renda de 30 moradores.

O número de cuidadores para cada RT pode variar de acordo com as especificidades de cada casa. O mais comum é que as atividades das RT sejam supervisionadas por cuidadores. Para cada RT, são contratados entre dois a quatro cuidadores que exercem os cuidados para com os residentes e que se alternam em regime de plantão de 12 horas, ou os diaristas, que atuam em horário comercial. Em algumas residências, não é necessário o cuidador noturno, pois os pacientes já adquiriram autonomia suficiente, não precisando desses cuidados. Todas as RT contam com um profissional de referência que fica de sobreaviso nas 24 horas do dia. Algumas residências possuem um profissional responsável pela faxina, como já mencionado, trabalho que é custeado pelos próprios moradores.

As 32 RT estão presentes em 17 bairros da cidade da seguinte forma: São José (3); Diniz II (5); Carmo (3); Grogotó (3); Jardim (3); Campo (1); Santa Cecília (1); Santo Antônio (2); Caminho Novo (3); Funcionários (1); Santa Tereza II (1); Bom Pastor (1); São Jorge (1); Centro (1); Boa Morte (1); Santa Efigênia (1) e Passarinhos (1).

Com relação ao suporte terapêutico, os moradores são encaminhados para os atendimentos na rede socioassistencial e de saúde do município. Os moradores das RT recebem suporte adicional de serviços como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Centros de Convivência.

2.2 – Estratégias para entrada no campo

A etapa exploratória foi iniciada com o agendamento de uma reunião com a coordenadora das RT, a fim de averiguar a viabilidade da proposta de estudo e o consentimento. Neste primeiro momento, objetivou-se entender o atual cenário desse serviço no município. Dessa forma, foi realizado o levantamento acerca do número de RT,

os bairros envolvidos, número de profissionais que trabalham nas RT, horário de funcionamento, número de residentes, a dinâmica e funcionamento das RT, a forma como ocorreu a implantação destes serviços e os profissionais que estiveram envolvidos no processo de implantação, entre outros, conforme foi indicado no item anterior.

Além disso, visitamos instituições importantes para a construção do objeto de pesquisa: a Secretaria Municipal de Saúde Mental, o museu da cidade que faz referência a história psiquiátrica do município, conhecido como “Museu da Loucura” e o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), pertencente à rede da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Conversas informais com profissionais que atuaram no período da implantação das RT também foram realizadas. Em uma das visitas da fase exploratória e por meio das indicações dos trabalhadores do CHPB, a pesquisadora entrevistou um dos diretores, figura importante no processo de desinstitucionalização psiquiátrica no município; através dessa entrevista, foram levantadas questões acerca do período de institucionalização desses pacientes, as primeiras iniciativas para a implantação dos módulos residenciais (dentro do próprio hospital) e a saída desses pacientes para a rede de atenção psicossocial.

Por meio das visitas e entrevistas, foi possível obter informações preliminares em caráter exploratório, possibilitando mapear o caminho a ser seguido durante a investigação e a definição de um plano de trabalho. A partir destes contatos informais com os profissionais inseridos na rede de saúde mental do município, constatou-se a importância da participação desses trabalhadores para o processo de implantação das RT, tanto os trabalhadores das instituições psiquiátricas, quanto da rede de atenção psicossocial. Diante deste contexto, foram definidos como população-alvo os trabalhadores e gestores que participaram ativamente desse processo, o que será tratado no tópico seguinte.

Documentos importantes sobre o período de institucionalização e desinstitucionalização foram guardados por alguns trabalhadores e gestores, e cópias foram gentilmente cedidas, possibilitando a leitura e a inclusão destes documentos na revisão de literatura.

Por meio deste processo ocorreu o que Minayo (2009) denomina de formalização da pesquisa, o qual inclui: apresentação; menção do interesse da pesquisa; apresentação de credencial institucional; explicação dos motivos da pesquisa; justificativa de escolha dos

entrevistados; garantia de anonimato e de sigilo¹²; e realização da conversa inicial acerca da operacionalização da pesquisa.

Ainda na fase exploratória, foram definidos os critérios que foram utilizados para a escolha dos potenciais participantes da pesquisa, bem como o referencial metodológico, que será descrito a seguir.

2.3 - Sujeitos incluídos na pesquisa

O estudo foi composto por amostragem intencional, que foi obtida pelos critérios estabelecidos pela amostragem bola-de-neve, sendo o número de entrevistados determinado pela saturação teórica das informações. Trata-se de um tipo de amostragem destinado a estudos que envolvem grupos com características muito específicas, de tamanho reduzido, e cujas informações a respeito são pouco disponíveis. Segundo Patton (1990), neste tipo de técnica o pesquisador estabelece contato inicial com sujeitos previamente identificados como membros do grupo a ser estudado. Após essa identificação, o pesquisador solicita que o entrevistado indique novos membros do grupo que poderão compor o estudo, conforme critérios de inclusão previamente determinados.

Conforme orienta Albuquerque (2009), para a realização da técnica de amostragem bola-de-neve é fundamental que seja feito um levantamento de um número inicial de pessoas, para então, selecionar aquele representante significativo (informante-chave), que possibilitará acesso aos demais. No caso da presente pesquisa, algumas informações preliminares foram obtidas durante a fase exploratória do estudo. Foi possível identificar os nomes de potenciais participantes. Esses nomes foram listados conforme o número de indicações dos profissionais da rede de atenção psicossocial. A partir dessas indicações obtidas na fase exploratória, optou-se por iniciar as entrevistas com a atual coordenadora dos Serviços Residenciais Terapêuticos do município. Por intermédio dessa representante, tivemos acesso aos demais trabalhadores e gestores importantes para o resgate da história da configuração dos SRT da cidade.

Para a seleção dos participantes para as entrevistas, foi enfatizada a sua participação no contexto da reforma psiquiátrica no município, no período que compreende desde a

¹² Apesar de optarmos pelo sigilo dos informantes, iremos revelar o nome de três profissionais. Os motivos dessa escolha e os nomes mencionados serão tratados em tópico específico.

saída dos pacientes dos hospitais psiquiátricos até a sua inserção nos serviços substitutivos de saúde mental, em especial, nos SRT. Foram realizadas 11 indicações de profissionais que poderiam participar deste estudo, que atuaram como gestores e/ou na assistência à saúde mental.

Para construir a amostragem final, foram solicitadas ao término de cada entrevista sugestões de nomes de outros indivíduos, que poderiam ser igualmente entrevistados até obter o ponto de saturação. Neste estudo, após a realização de entrevistas com oito profissionais, percebemos que os conteúdos das entrevistas passaram a ser repetidos por outros entrevistados, deixando assim, de acrescentar informações relevantes à pesquisa (Alberti, 2005; Baldin & Munhoz, 2011; WHA [World Health Association], 1994).

A tabela 1 demonstra as características dos profissionais que participaram que foram entrevistados neste estudo:

Tabela 1. Trabalhadores entrevistados.

| Entrevistados | Formação | Área de atuação no período da Reforma Psiquiátrica de Barbacena | Local de atuação |
|---------------|----------------|---|---------------------|
| 01 | Serviço Social | Gestão e Assistência | Estado e Prefeitura |
| 02 | Psicologia | Gestão | Prefeitura |
| 03 | Psicologia | Gestão e Assistência | Estado e Prefeitura |
| 04 | Enfermagem | Gestão e Assistência | Estado e Prefeitura |
| 05 | Serviço Social | Gestão | Estado e Prefeitura |
| 05 | Psicologia | Assistência | Prefeitura |
| 07 | Psicologia | Assistência | Prefeitura |
| 08 | Psicologia | Gestão e Assistência | Estado e Prefeitura |

De acordo com a literatura estudada, pode-se constatar a pertinência deste tipo de amostragem em estudos que privilegiem populações que vivem em circunstâncias sujeitas à estigmatização. Neste estudo, o tipo de amostragem escolhida justifica-se pelo fato de a população-alvo pertencer a um grupo restrito de trabalhadores e gestores, para os quais a indicação mútua consiste em uma forma eficaz para localizar informantes-chave.

3. O trabalho de campo

Conforme ressalta Minayo (2010), existem várias estratégias para pesquisar o sentido da experiência humana em meio às suas relações sociais. A estratégia escolhida como possibilidade de aproximação foi o método da história oral, usado como narrativa de casos concretos significativos.

Fernandez (2011) ressalta que nem todo trabalho com fontes orais é história oral. Para ser caracterizado como história oral, faz-se necessária a adoção de um conjunto de procedimentos que se inicia na elaboração de um projeto e continua com o estabelecimento do grupo a ser entrevistado, tornando, assim, pertinentes as análises de processos sociais no tempo presente.

Segundo L. Delgado (2006), a história oral é considerada um procedimento metodológico que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que testemunharam ou participaram de processos históricos no âmbito da vida privada ou coletiva. Trata-se, portanto, de um meio de produzir conhecimento histórico, na qual se cruzam intersubjetividades, tanto do pesquisador, quanto dos entrevistados. A autora salienta que a história oral dispõe de um duplo ensinamento: *“sobre a época enfocada sobre o depoimento – o tempo passado, e sobre a época na qual o conhecimento foi produzido – tempo presente”* (p.16). A dimensão de temporalidade pode se entendida como o passado espelhado no presente, através da dinâmica pessoal, que por sua vez, estabelece conexão com os processos coletivos. Quanto a isso, a autora esclarece que *“a reconstituição dessa dinâmica, pelo processo de recordação, que inclui, ênfases, lapsos, esquecimentos, omissões, contribui para a reconstituição segundo o olhar de cada depoente* (p.16)”.

A memória é a principal fonte dos depoimentos orais, pois nela estão presentes as dimensões do tempo individual e do tempo coletivo. Segundo L. Delgado (2006), uma entrevista em história oral pode servir como estímulo para incitar lembranças individuais, mas que também pertencem ao contexto social, ou seja, ao substrato coletivo. Dessa forma, o método em história oral não tem como objetivo a generalização dos resultados, pois narrativas traduzem visões particulares de processos coletivos (Alberti, 2005; L. Delgado, 2006).

Para Portelli (1997), a essencialidade do indivíduo é enfatizada em história oral. Isso se deve ao fato de remeter a versões do passado, ou seja, à memória. Entretanto, ainda que esta seja sempre moldada em seu contexto social, *“em última análise, o ato e a arte de*

lembrar jamais deixam de ser profundamente pessoais” (p.16). Nesse sentido, o autor esclarece que podem existir elaborações socialmente estruturadas na memória, porém, apenas seres humanos são capazes de guardar lembranças. Dessa forma, ao considerarmos a memória como um processo e negando-a como apenas um depósito de dados, poderemos constatar que a memória torna-se concreta apenas quando mentalizada ou verbalizada pelas pessoas. Assim, a memória é:

Um processo individual, que ocorre em meio social dinâmico, valendo-se de instrumentos socialmente criados e compartilhados. Em vista disso, as recordações podem ser semelhantes, contraditórias ou sobrepostas. Porém, em hipótese alguma, as lembranças de duas pessoas são – assim como as impressões digitais, ou, a bem da verdade, como vozes – exatamente iguais (Portelli, 1997, p.16).

O termo “memória oral” é utilizado por Bosi (2004), ao referenciar as narrativas orais no tempo presente. Pode ser considerado um instrumento precioso a quem deseja constituir a crônica cotidiana, tendo em vista que as mesmas agregam pontos de vistas distintos e contraditórios. A Memória opera com grande liberdade os acontecimentos delimitados no espaço e no tempo, pois incidem sobre um significado coletivo. Dessa forma, salienta-se que do vínculo com o passado se extrai a força para a formação de identidade. Isso se dá, iminentemente, no interior de um grupo. Estes, por sua vez, se alimentam de imagens, sentimentos, ideias e valores que legitimam a identidade de determinada classe. A autora destaca que cabe ao pesquisador, “*interpretar tanto a lembrança quanto o esquecimento*” (p.18). O esquecimento e as omissões são exemplos significativos de como se deu a ocorrência do fato histórico no interior dos grupos. A fonte oral exige uma interpretação sutil e rigorosa, pois a ela atribui-se uma função decisiva, já que permite a relação do tempo presente com o passado, em meio à interface atual das representações.

L. S. Vygotski (1896-1934), em sua obra, se refere à memória a partir de uma proposta de “*análise histórica da memória*” que, em seu contexto, busca compreender o indivíduo em seu meio e em sua historicidade. Assim, é nas relações sociais e pelas relações sociais que os indivíduos compartilham pensamentos e informações. É nessa troca de experiências que os grupos sociais se consolidam e se mantêm por meio de uma relação dialética, na qual ocorre a construção histórica do conhecimento, em que a memória assume grande importância. Segundo Almeida (2004), Vygotski chama atenção para o que

nomeia de “*colorido emocional*”. Este conceito se refere aos elementos memorizados ou vivenciados pelos indivíduos em situações emocionalmente carregadas. Para Vygotski, o esquecimento pode ser compreendido como reação de suma importância para o indivíduo, tendo em vista que “*tudo que é apreendido e sentido, de alguma forma é retido*” (Almeida, 2004, p.58). Dessa forma, ratificando o que foi mencionado anteriormente, podemos dizer que nas narrativas orais até o esquecimento pode ser interpretado como componente das relações sociais dos indivíduos.

Para Clot (2007), quando uma pessoa fala para outra – seja na condição de pesquisador, ou para um psicólogo – sobre o seu fazer, o sujeito se coloca em atividade, possibilitando que de observado ele passe a ser um observador de seu próprio trabalho. Assim, o objetivo do pesquisador não é interpretar, nem o objetivo do sujeito é a descrição do vivido. De fato, o que é importante nessa interação, nessa “ação interpsicológica e social” é o efeito que ela produz no desenvolvimento da atividade. Nesta perspectiva, o objetivo principal do pesquisador é possibilitar ao sujeito reviver e recontar a sua experiência vivida de diferentes maneiras, inclusive por meio da linguagem.

Alguns autores (L. Delgado, 2006, Meihy & Ribeiro, 2011; Alberti, 2005) destacam que existem vários tipos de entrevistas em história oral; entre estes, destaca-se a história oral de vida. As narrativas de história oral de vida, como o próprio nome diz, é a narrativa da experiência de uma pessoa, tendo como principal característica a subjetividade. Os narradores contam as suas histórias, que por sua vez, resultam de suas experiências pessoais, transmitindo, inevitavelmente, sentimentos e emoções em fatos vivenciados. Dessa forma, é ele quem escolhe o que dizer e como dizer, por onde começar e quando terminar. Por isso, é aconselhável que se utilize entrevistas livres e abertas para esse tipo de estudo (Fernandez, 2011).

Conforme salientam Meihy e Ribeiro (2011), a experiência, em seu amplo sentido, é que deve motivar estudos das histórias orais de vida. Nesse sentido, não se busca a verdade sobre os fatos, e sim, a versão moral existencial de cada participante. Os autores orientam que, nesse tipo de entrevista, é recomendável que se faça perguntas amplas e de preferência com a função de estimular o entrevistado. A característica desse gênero se relaciona à liberdade que o narrador tem de narrar. Não se faz obrigatória a cronologia dos fatos ocorridos; pelo contrário, busca-se a valorização subjetiva de detalhes. Esse tempo é entendido como espaço pessoal e subjetivo. A história oral de vida é considerada uma

versão fabricada e intencional, cuja verdade reside na versão do narrador, que, por sua vez, “*é soberano para revelar, ocultar, negar, esquecer ou deformar casos, situações*” (p.84).

Diante deste contexto, entende-se que o método de entrevista em história oral de vida foi pertinente aos objetivos do presente estudo. Essa escolha se justificou pela capacidade que o método possui de valorizar as experiências pessoais dos participantes. Esse método vai ao encontro do mundo das intersubjetividades, valorizando a capacidade de grupos específicos em transformarem o contexto social e a si próprios, como é o caso dos profissionais que participaram do processo de implantação das SRT em Barbacena. Além disso, o método possibilita a compreensão da subjetividade da realidade estudada, em consonância ao seu dinamismo e as suas singularidades, não apenas em termos culturais, mas também em termos afetivos, no entrelaçamento com os mecanismos históricos (Becker, 1994; Meihy & Ribeiro, 2011).

A História oral é definida por Meihy e Ribeiro (2011) por um conjunto de procedimentos estabelecidos previamente em projeto de pesquisa que objetiva a aproximação de um grupo específico e que se segue com a utilização de técnicas essenciais para tratar das narrativas obtidas durante a realização das entrevistas. Para Tonini (2010), um projeto em história oral deve incluir:

Pré-entrevista (primeiros contatos, esclarecimento de como se chegou aos colaboradores, dos objetivos do projeto e de alguns procedimentos, conhecimento prévio da história pessoal, preparação do material e da pauta, e definição de datas, locais e horários em que as entrevistas serão gravadas), entrevista (gravação, agradecimentos e meios de contato), caderno de campo, transcrição, textualização, transcrição, pós-entrevista (conferência, autorização para uso da entrevista e carta de cessão), devolução do texto resultante da(s) entrevista(s) aos colaboradores, elaboração de resumo para arquivamento, arquivamento e publicação (p.18).

Para a condução operacional do trabalho de campo da presente pesquisa, seguimos as orientações de Meihy e Ribeiro (2011) e Alberti (2005), que serão apresentadas a seguir:

3.1 – Entrevistas

Para Minayo (2010) a entrevista pode ser considerada como forma privilegiada de interação social. Para essa autora, a entrevista está sujeita à dinâmica das relações sociais.

A história oral é considerada o cerne do trabalho científico, visto que é a parte mais importante do projeto.

Neste estudo, optou-se por utilizar entrevistas abertas, definidas por Minayo (2010) como “*conversa com finalidade*” (p.264), nas quais o pesquisador orienta a entrevista por meio de um roteiro invisível. Assim, as entrevistas são conduzidas por uma espécie de esquema de pensamento, no qual encontra o fio condutor nas narrativas dos entrevistados em consonância com os objetivos a serem estudados. Os assuntos tratados não seguem uma sequência rígida. É determinada pelas relevâncias e preocupações do entrevistado, que dá ênfase àquilo que considerar mais importante.

Segundo Meihy e Ribeiro (2011), a entrevista aberta possui três etapas: pré-entrevista, entrevista e pós-entrevista. A *pré-entrevista* consiste na etapa de preparação para entrevista, previamente ao encontro no qual ocorre a gravação. Os participantes foram informados acerca das etapas do projeto e do âmbito de sua participação. Além disso, foram comunicados que as informações seriam registradas por meio de gravadores de voz portáteis e que também seriam realizadas anotações em caderno de diário de campo. Nesse primeiro contato, foi definido o local, horário e data a ser realizada a entrevista, de acordo com a disponibilidade do entrevistado.

Após o período de preparação, ocorreu a *entrevista* propriamente dita. Antes de iniciar cada gravação, o participante foi informado oralmente sobre a oportunidade de conferência de todo material coletado durante as entrevistas e que nada viria a ser publicado sem autorização prévia do entrevistado. Foi informado que o processo de transcrição é demorado a fim de evitar expectativas imediatistas, explicitando que para “*cada hora gravada investe-se cerca de cinco outras horas para a transcrição e mais de dez para os arranjos finais de edição*” (p.105). As informações ditas após o término da gravação foram acrescentadas com a anuência do entrevistado.

Após esses procedimentos, foi solicitado que o entrevistado assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendação contida na Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – MS/CNS/CONEP (Manual Ilustrado da Plataforma Brasil, 2012). Posteriormente, solicitamos ao entrevistado que realizasse a conferência do conteúdo da entrevista. Após a conferência e anuência do entrevistado de todo material transcrito, foi

coletada a assinatura do entrevistado na carta de cessão de direitos sobre o depoimento oral.

A *pós-entrevista* correspondeu à etapa subsequente às entrevistas. A cada término de uma entrevista realizamos o agradecimento oral. Após a participação da pesquisadora na banca de defesa de mestrado, foram enviados e-mails e telefonemas de agradecimento aos participantes, com informações acerca do andamento da pesquisa. Foi nesta etapa que ocorre o retorno da entrevista ao participante. Será agendada uma reunião com os responsáveis pela execução destes serviços em Barbacena, com o objetivo de apresentar os resultados deste estudo. Foram tomados todos os cuidados em relação aos erros de digitação, erros em datas, entre outros, a fim de evitar impasses e equívocos durante a devolução.

4. Análise e Tratamento do Material Empírico e Documental

Minayo (2011) ressalta que não há fronteiras claras entre a coleta de informações, o início do processo de análise e a interpretação. Em história oral, isso se torna ainda mais evidente, pois a análise do material acontece desde a etapa exploratória. A seguir, serão descritas as etapas de transcrição e validação, consideradas como parte integrante da análise dos dados.

4.1 – Do oral ao escrito: transcrição e análise

Segundo Alberti (2005), a transcrição constitui a primeira versão escrita do depoimento que será a base para as etapas posteriores. Neste momento, um esforço é realizado no sentido de traduzir para a linguagem escrita o conteúdo gravado durante as entrevistas. É fundamental que os esforços se dirijam à qualidade do material a ser produzido.

Meihs e Ribeiro (2011) elencam três fases no momento de transcrição das entrevistas em pesquisas orais, denominadas: *transcrição*, *textualização* e *transcrição*. A transcrição das entrevistas resultantes da presente pesquisa foi norteadas pelas fases mencionadas pelos autores.

Inicialmente, foi realizado o trabalho da *transcrição*. Esta etapa é considerada de grande importância à construção e à análise dos documentos escritos. É caracterizada também como um momento de interação das subjetividades dos participantes da pesquisa. Para estes autores, “*a transcrição de palavra por palavra não necessariamente corresponde à realidade da narrativa*” (p.108). Isso ocorre devido à impossibilidade de uma gravação abrigar “*lágrimas, pausas significativas, gestos, o contexto do ambiente*” (p.108), sentimentos e expressões impossíveis de traduzir na transcrição propriamente dita. Nestes casos, a transcrição é considerada insuficiente e seu uso tem sido contestado se ocorre isoladamente. O interesse emerge daquilo que também é invisível aos gravadores, ou seja, o interesse da história oral é dar visibilidade à história narrada, sendo que o interesse se concentra no modo narrativo. As palavras só têm valor pelas ideias e as emoções que a compõem. Dessa forma, o que deve resultar de uma transcrição e vir a público é “*um texto trabalhado em que a inferência do autor seja clara, dirigida para a melhoria do texto*” (p.108). Nesse sentido, ressalta-se a pertinência de o entrevistado revisar o texto produzido, pois, em história oral, a explicitação da posição do depoente na experiência é considerada mais importante que a simples interpretação desta por meio da sua fala.

Foram feitas 11 indicações de profissionais que participaram do processo de implantação dos SRT de Barbacena. Como já tínhamos elencando os nomes de trabalhadores que participaram deste processo em Barbacena, o método de amostragem bola-de-neve nos direcionou para a realização de oito entrevistas.

As entrevistas foram realizadas em vários locais, como no trabalho ou na residência do entrevistado, de acordo com a indicação e disponibilidade de cada profissional entrevistado. Para a realização do método, com cada profissional, foram realizadas de uma a três entrevistas com duração de aproximadamente duas horas cada, conforme a saturação das informações prestadas por cada entrevistado. Todas as entrevistas passaram por essa primeira etapa: a transcrição. Ao todo, foram quase 30 horas de gravação e 390 páginas de transcrição.

Essa etapa se dividiu em duas fases: na primeira foi realizada a transcrição bruta de todas as palavras contidas no arquivo de gravação da entrevista. Feito isso, realizamos a segunda fase, cujo objeto foi de incorporar aquilo que é invisível a uma gravação de áudio. Para realizar este trabalho, foram analisadas as falas que ditas durante a gravação e

acrescentadas informações pessoais do entrevistador. Para facilitar esse processo, utilizamos um diário de campo, contendo informações sobre a entrevista.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril a junho de 2014, totalizando três meses. Já a análise se estendeu entre os meses de julho a outubro de 2014.

A fase seguinte foi caracterizada pela *textualização*. O texto foi reorganizado a partir de indicações cronológicas ou temáticas. Neste caso, outro texto foi produzido com o objetivo de promover as aproximações e possibilitar melhor compreensão das narrativas. Os erros gramaticais e vícios de linguagem foram corrigidos. Palavras e expressões repetidas foram mantidas em pequenas quantidades para entender o sotaque ou o tipo de narrativa. Foram realizadas inferências do pesquisador com o intuito de sintetizar ideias. Durante essa fase, escolheu-se um *tom vital*, “*frase que serve de epígrafe para a leitura da entrevista*” (p.109), caracterizado por frases-chave que compuseram os subtemas apresentados no capítulo de discussão e análise das entrevistas. Todo o material coletado foi organizado por subtemas, denominados pelas palavras-chave, que também foram grifadas em versões do texto. Após essas etapas, foi realizada uma reorganização, resultando, assim, em um texto de maior compreensão, cujas ideias foram privilegiadas.

Todas as entrevistas realizadas passaram pelo tratamento e análise referentes à primeira e segunda etapas: transcrição e textualização. A partir da análise empreendida nessas fases foi possível encontrar o *tom vital* para o texto que se pretendia construir. Devido à saturação teórica das informações e pela relevância do material coletado durante as entrevistas, optou-se por realizar a análise da última etapa, a *transcrição*, de seis entrevistas referentes a três profissionais. Apesar de a última etapa de análise ter sido realizada com parte das entrevistas, é importante ressaltar que todas as entrevistas realizadas foram utilizadas como subsídio para a construção deste estudo, inclusive, para apresentação e problematização do objeto de pesquisa. Os três trabalhadores selecionados para a última etapa de análise (transcrição) ocorreu pela pertinência e importância do conteúdo das entrevistas. A escolha se deu por se tratarem de pessoas que ocuparam e/ou ocupam lugar central no cenário da Reforma Psiquiátrica de Barbacena e no processo de implantação dos primeiros serviços substitutivos no município.

Os nomes dos entrevistados foram preservados, exceto aqueles selecionados para a última análise. A seguir, apresentaremos as informações acerca dos entrevistados.

Procuramos enfatizar os locais que essas pessoas ocupavam e os motivos que nos levaram a escolhê-los como informantes-chave deste trabalho. Foram eles:

1) *Maria Helena Jabur*: foi a primeira coordenadora de saúde mental em Barbacena. A entrevistada pode ser considerada como uma das precursoras da implantação dos serviços substitutivos no município. Já atuava na área de saúde mental desde 1979, período em que Barbacena ganhou destaque nos meios de comunicação pelo tratamento desumanizado e hospitalocêntrico. Apesar de estar atualmente aposentada, continua envolvida com a luta antimanicomial até os dias atuais.

2) *Flávia Denise Barbosa Vasques*: atualmente, ocupa o cargo de coordenadora de saúde mental de Barbacena. Esta profissional também possui mais de vinte anos de experiência na área de saúde mental. Ao contrário dos outros entrevistados, sempre atuou com o planejamento das ações e projetos implantados no município.

3) *Leandra Mara de Vilhena Melo Vidal*: atual coordenadora dos Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade. Ela atua no campo de saúde mental desde o final da década de 1990. Assim como a maior parte dos relatos obtidos durante as entrevistas, a sua experiência de trabalho no campo de saúde mental teve início em hospitais psiquiátricos de Barbacena e foi a partir de um incômodo pessoal e profissional que ela começou a militar na área e também compôs a equipe que trabalharia com a implantação dos primeiros serviços substitutivos. Esta profissional está atuando nos SRT desde a implantação das primeiras RT.

No corpo do texto que será apresentado no próximo capítulo específico para discussão e análise das entrevistas, optamos por utilizar a nomenclatura T1, T2 e T3 para nos referirmos às entrevistas de cada trabalhadora. Essa organização foi necessária uma vez que a construção do texto foi realizada por frases-chaves que compuseram subtemas. Como todas as entrevistas convergiam no seu objetivo, foram identificados subtemas semelhantes. Assim, para apresentar a história da implantação dos SRT, bem como os fatores que antecedem essa implantação, foram trabalhados os trechos das entrevistas dos três trabalhadores em um mesmo tópico. Procuramos não seguir uma regra rígida nesse sentido, enfatizando, sempre, as próprias narrativas dos entrevistados.

O lugar que cada uma das pessoas entrevistas ocupou no cenário de desinstitucionalização de Barbacena foi considerado central para a construção do processo histórico vivenciado no município, em especial, para a implantação dos SRT. É importante

ressaltar que as entrevistas utilizadas para a análise deste estudo foram selecionadas por se apresentarem mais significativas para a construção deste estudo, dados os objetivos colocados. Isso não significa que as outras não foram importantes. Pretendemos em estudos posteriores trabalhar com as informações obtidas através das outras entrevistas que não foram utilizadas aqui.

A *transcrição* foi a última etapa da transcrição de uma entrevista. Trata-se da obtenção de o texto final, recriado em sua plenitude. Assim, esta etapa pode ser entendida como a organização final do documento. Neste momento, elementos extratexto – como as anotações no diário de campo – são incorporados. Pode ser considerada como a transformação do oral para o escrito, promovendo a aproximação com o leitor, recriando as situações vivenciadas durante as entrevistas, como as sensações e sentimentos em relação ao contato. Nessa etapa, o texto passou por diversas alterações, incorporando as interpretações e as leituras do próprio pesquisador.

4.2 – Validação

Constituiu-se como a etapa de finalização de todo o processo de interação com o entrevistado. Nesta fase foi conferido o texto produzido por meio das entrevistas. Foram feitas a verificação e a correção dos possíveis erros ou equívocos atribuídos ao texto. Após o acordo estabelecido entre o pesquisador e entrevistado – de que o texto final remete àquilo que realmente gostaria que fosse transmitido –, o documento pode ser considerado validado. Esta é considerada a última etapa do processo, pois nela legitima-se o trabalho de interação entre os participantes e “*valida-se a possibilidade de produção de conhecimento a partir do documento gerado*” (Meihy & Ribeiro, 2011, p.111).

Os participantes foram contatados a fim de avaliar o documento final. É importante destacar que o entrevistado não foi questionado acerca de verdades ou mentiras, pois sabe-se que não existe mentira em história oral. Pelo contrário, tudo interessa em um relato, inclusive a falsidade ou a distorção. Portanto, não enfatizamos as evidências e nem a comprovação dos fatos, mas sim, as narrativas expressas por quem narrou, respeitando aquilo que se quis narrar, em meio à sua subjetividade. Dessa forma, a conferência e a validação seguiram critérios individuais. O interesse é pela “realidade” dos fatos que sobressaíram durante as entrevistas que se ligam a impressões. “*A história oral é o espaço*

dessas impressões filtradas pelos pareceres do entrevistador e do entrevistado no contexto de produção daquele conhecimento” (Meihy & Ribeiro, 2011, p.112).

Todos os entrevistados foram consultados sobre o conteúdo das entrevistas. Alguns entrevistados nos solicitaram a supressão de algumas passagens do texto e assim o fizemos. Os nomes de pessoas e instituições mencionados por eles também foram mantidos em sigilo, com exceção das instituições de interesse público. Em algumas passagens do texto optamos por alterar os nomes mencionados, a fim de facilitar a leitura.

5. Considerações éticas

A presente pesquisa foi submetida para apreciação à Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei (CEPES-UFSJ). A aprovação do projeto pela Secretaria Municipal de Saúde Pública, coordenação dos SRT de Barbacena, foi concedida após uma reunião realizada com a coordenadora do serviço. A coleta de informações de pesquisa, realizada por meios de entrevistas, seguiu os parâmetros éticos da Resolução 050, de 30 de outubro de 2006, da UFSJ.

No momento da realização da entrevista, feita pela própria pesquisadora, o entrevistado recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a Carta de Cessão de depoimentos orais, após a conferência e anuência do entrevistado, cujos modelos encontram-se anexos a esta dissertação (Apêndices 2 e 3). Tais documentos esclarecem: o caráter voluntário da sua participação, o objetivo do estudo, o sigilo das informações, o anonimato do sujeito, bem como a possibilidade de desistência quando for de desejo do participante. O TCLE diz respeito também à responsabilidade da pesquisadora quanto às medidas necessárias para evitar o vazamento de informações e o arquivamento do material por cinco anos em local de acesso exclusivo. Caso o participante deseje obter maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, poderá fazê-lo através do telefone de contato da pesquisadora, presente no TCLE.

Já a Carta de Cessão teve como finalidade definir a legalidade do uso da entrevista. Nesta, procuramos deixar claras as possibilidades e limites para o uso dos depoimentos orais. Foi informado que todo conteúdo gravado será arquivado por cinco anos e seu uso será condicionado aos parâmetros éticos citados anteriormente. Os textos produzidos pelos

diários de campo serviram como complementares. O texto final da pesquisa foi submetido à validação, garantindo ao participante que não haverá distorções do relato oral.

DISCUSSÃO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Neste capítulo estão expostos os resultados encontrados a partir das análises das entrevistas realizadas com os trabalhadores que participaram do processo de desinstitucionalização psiquiátrica de Barbacena, também responsáveis pela implantação dos primeiros serviços substitutivos em saúde mental, agrupados em duas partes. A primeira parte descreve a experiência dos trabalhadores no período anterior à implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos de Barbacena. Para tal, realizamos um breve apontamento dos fatores históricos apresentados pelas narrativas dessas pessoas, considerado por elas como importantes para o direcionamento dos programas e serviços de saúde mental implantados na cidade. Na segunda parte do capítulo apresentamos a sistematização das informações referentes à implantação das Residências Terapêuticas e a configuração deste serviço no município.

Ao contarmos as histórias apresentadas por esses trabalhadores, procuramos enfatizar as narrativas dessas pessoas, deixando que os próprios relatos contem por si só a história dessa implantação. Em algumas passagens, também serão apresentados breves apontamentos e discussões referentes ao relato.

1. A Reforma Psiquiátrica pelo olhar dos trabalhadores de Barbacena

Pode-se verificar que o município de Barbacena entrou na rota da desinstitucionalização psiquiátrica no ano de 2001. Até a presente data, a única alternativa de tratamento a pessoa portadora de transtorno mental se baseava no modelo hospitalocêntrico. Foi a partir do ano 2000 que surgiram as primeiras propostas no sentido de implementar um modelo de atendimento preconizado pela Reforma Psiquiátrica, com a implantação de uma rede substitutiva e práticas menos segregadoras.

A criação da primeira Residência Terapêutica ocorreu no final do ano de 2000. Como se trata do tema específico desta pesquisa, abordaremos o processo dessa implantação adiante. O CAPS municipal teve como data de implantação o dia 01 de março

de 2002, assumindo a função de regulador das internações psiquiátricas e porta de entrada de toda a atenção em saúde mental do município. Porém, até a inauguração do CAPS e a implantação de uma rede substitutiva, o hospital psiquiátrico público – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena – CHPB – pertencente à FHEMIG, assumiu, durante algum tempo, a porta de entrada para esse público em Barbacena. É importante considerar que a regulação por meio de uma porta de entrada só ocorreu na década de 1990.

Até os anos de 1980, a porta de entrada para internação hospitalar era aberta e os encaminhamentos para os leitos hospitalares ocorriam de acordo com a disponibilidade de leitos nas próprias instituições psiquiátricas. Barbacena absorvia grande parte da demanda de internação psiquiátrica em Minas Gerais, uma vez que contava com um número elevado de instituições psiquiátricas. Segundo levantamento realizado pelo próprio município através da Coordenação de Saúde Mental, até o ano 2001, eram disponibilizados cerca de 1.336 leitos (Barbacena, 2004).

Com o objetivo de apresentar a história da implantação dos serviços substitutivos e relatar a sua participação, os trabalhadores entrevistados recordaram como esse processo se iniciou em Barbacena.

Eu acho que o que me remete ao início deste processo foi o ano de 2000, mais no final, mais ou menos nessa data, no início de uma gestão. Se não me engano foi em 2000, quando assumo um grupo muito incomodado, sabe, com a questão. Um grupo muito implicado com a Reforma Psiquiátrica e muito incomodado com a posição do tratamento oferecido aos pacientes naquela ocasião. Então já se começa a pensar nisso: o que nós podemos fazer? O que nós podemos melhorar? Como nós podemos mudar essa história? Era um grupo muito implicado de pessoas muito interessantes. (...) Então, era necessário pensar uma rede, era necessário pensar outros dispositivos, ofertar outro tipo de tratamento no território, conforme a proposta da Reforma. E aí nós entendemos também que nós tínhamos um número imenso de pacientes crônicos nos hospitais. E, o que fazer com essas pessoas e quem são essas pessoas?(T02).

A primeira iniciativa que foi lembrada como o ponto inicial da transformação do cenário em assistência a saúde mental foi a elaboração de um levantamento realizado pelos próprios profissionais da rede com o objetivo de identificar o perfil da assistência que era prestada no município. Tratava-se de um diagnóstico contendo informações da porta de entrada do CHPB e também das clínicas psiquiátricas privadas. Esse documento foi

elaborado no ano de 2001 e gentilmente cedido pelos próprios profissionais, como o Projeto de Saúde Mental de Barbacena (Barbacena, 2001); o Relatório de Gestão em Saúde Mental no período de 2001 a 2004 (Barbacena, 2004); relatórios produzidos por eles e encaminhados para o Ministério da Saúde e/ou Conselho Municipal de Saúde, entre outros.

Então nós fizemos um diagnóstico. Na época existia uma porta de entrada no CHPB. Essa porta de entrada era o caminho que o paciente passava para internar. Então ele tinha uma equipe forte, uma equipe multidisciplinar e naquele momento nós pensamos em contar com esse grupo, com essa porta de entrada para avaliar todos os pacientes crônicos da rede municipal. Então nós fizemos um levantamento preliminar de dados básicos e que deveria ser preenchido por uma equipe. O paciente seria levado lá, essa equipe avaliaria e nós. E ali se escreveria quem era o paciente, de onde o paciente vinha, para a gente ter um censo. Na verdade, para saber sobre a população internada. Então isso foi nos hospitais. (...) no CHPB tinha em torno de uns quatrocentos pacientes crônicos naquela ocasião. Era um número enorme, um trabalho gigantesco. Depois nós começamos a compilar esses dados da rede toda. (T02)

O levantamento mencionado pela entrevistada apontou diversos dados relevantes para a reconfiguração da assistência à saúde mental de Barbacena e serviu como subsídio para fazer o redirecionamento da assistência. De acordo com os dados apresentados nesse projeto, o custo médio para a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) psiquiátrica era em média de R\$ 736,93/mês, podendo chegar a R\$ 900,52/mês, dependendo da clínica psiquiátrica em que ocorresse a internação. Antes da porta de entrada em saúde mental ser regulada pelo CHPB, os encaminhamentos de pacientes para os leitos existentes em Barbacena ocorriam por rodízio, ou seja, pelo número de vagas disponibilizadas por cada instituição psiquiátrica. Grande parte dos recursos advindos das parcelas destinadas à saúde pública era direcionada para o custeio dos gastos com os leitos psiquiátricos. Apesar da regulação de internações ter sido repassada para o CHPB, os encaminhamentos para os leitos psiquiátricos continuaram, uma vez que havia muitas solicitações de internações (Barbacena, 2001).

Nesse mesmo relatório, para subsidiar a implantação de novas políticas de saúde mental no município, foi realizado um levantamento entre os meses de agosto a dezembro de 2000, por meio dos dados obtidos por registro da Porta de Entrada de Saúde Mental (CHPB) e do Controle e Avaliação do município. O levantamento continha dados estatísticos acerca de pacientes agudos e crônicos, de diagnósticos e informações

sociodemográficas dos usuários dos serviços de saúde mental do município, que oferecia tratamento predominantemente hospitalar. Essas informações serão apresentadas a seguir, como forma de exposição do cenário que Barbacena possuía em relação à assistência a saúde mental até meados de 2001, quando se inicia o processo de Reforma Psiquiátrica no município.

Entre agosto a dezembro do ano de 2000, eram efetuadas 124,2 internações de agudos por mês, sendo representada por 86,2% de pessoas consideradas moradoras de Barbacena, seguida por 21,4% do município de São João del-Rei. Em relação aos municípios que mais utilizavam o sistema hospitalar psiquiátrico de Barbacena, os dados demonstraram que quase a metade, 45,8% residia no próprio município. Cidades vizinhas, como Conselheiro Lafaiete (10,2%) e São João del-Rei (7,2%) também aparecem como os principais municípios a utilizarem estes serviços. Em relação às informações sociodemográficas, as internações masculinas representavam 69% das ocorrências, enquanto as internações femininas foram de 31%. A faixa etária predominantemente encontrada foi entre 29-38 anos (189 internações) e 39-48 anos (186 internações) (Barbacena, 2001).

O levantamento apresentou também dados dos diagnósticos de internação, seguindo os critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID). Os resultados puderam refletir sobre os principais diagnósticos de internação. Os dados apontaram que 37,4% dos diagnósticos eram de F-10 a F-19.9 (Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao uso de Substâncias Psicoativas); seguido pelo F-20 a F-29.9 (Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes) com 35,6% dos casos; 19,6% na linha dos F-30 a F-39 (Transtornos do Humor) (Barbacena, 2001).

Os leitos de internação para pacientes psiquiátricos agudos se encontravam distribuídos entre os cinco principais hospitais psiquiátricos na cidade, da seguinte forma: 135 internações no CHPB; 124 internações no Sanatório de Barbacena; 106 internações na Clínica Mantiqueira; 101 internações na Casa de Saúde Santa Izabel e 95 internações na Casa de Saúde Xavier. A média de permanência desses usuários no hospital era de 32 dias. 76% dos hospitais psiquiátricos faziam solicitações de reinternações para pacientes com histórico psiquiátrico, fato que contribuía para a cronificação desses indivíduos. Apenas 24% dos pedidos de reinternações advinham de usuários que não possuíam trajetórias nos serviços de internação (Barbacena, 2001).

Com relação aos pacientes crônicos, o levantamento demonstrou que 769 pessoas estavam internadas nas instituições psiquiátricas sem perspectiva alguma de melhora do quadro. Esse número elevado é o resultado da falta de política pública direcionada aos indivíduos asilados nas instituições psiquiátricas até a presente data, apontando à necessidade urgente de se efetivar uma assistência à saúde mental distinta da que vinha sendo oferecida, de caráter manicomial. Só no CHPB encontravam-se cerca de 431 indivíduos institucionalizados, sobreviventes do período do Hospital Colônia, o único existente no município pertencente a esfera pública. O restante estaria distribuído entre os hospitais privados: Clínica Mantiqueira (140), Casa de Saúde Santa Izabel (68), Casa de Saúde Xavier (66) e Sanatório de Barbacena (64) (Barbacena, 2001).

1.1 A Transformação do Modelo Assistencial de Barbacena

Uma das entrevistadas demarca a data de 1979 como início do processo de transformação do cenário assistencial da loucura, coincidindo com o período em que ela concluiu a sua graduação e começou a trabalhar no campo de saúde mental. Ela narra que trabalhou durante três anos em duas instituições psiquiátricas particulares e conveniadas com o SUS. O ano de 1979 foi o ano em que Franco Basaglia visitou a cidade de Barbacena. Alguns dos profissionais entrevistados mencionam como foi a sua experiência e em quais espaços institucionais atuavam quando essa visita ocorreu.

Nesse período, estava repercutindo em nível nacional muitas reportagens. O Iran Firmino já tinha escrito algumas coisas sobre Barbacena. Aí Basaglia veio e eu tive com ele. Recordo que já trabalhava com saúde mental, mantinha um vínculo em uma instituição privada. Foi em setenta e nove que ele esteve. Foi o ano que eu comecei a trabalhar com a saúde mental. Aí ele foi na Clínica x [ela menciona o nome]. Engraçado, não sei, eu não esqueço nunca por que eu achei muita graça. Aí nós o acompanhamos ao hospital psiquiátrico público e ele ficou horrorizado. Ele comparou a um campo de concentração. Depois, ele foi na Clínica x. Ele foi lá e eu estava lá. Eu me lembro que eles resolveram enfeitar a Clínica x. Dar aquela maquiagem toda lá e fazer de conta (T01).

Ao contar sobre a sua experiência, os entrevistados pontuam a sua perspectiva de trabalho e deixam claro a sua implicação no processo de melhoria do serviço:

Quando se inicia lá na década de setenta, se a gente for pegar aí o movimento, é dos trabalhadores, dos usuários e dos familiares da saúde mental em busca, a princípio, de uma melhora, uma humanização dentro do hospital, uma melhor condição de trabalho para o trabalhador. (T03).

Eu sempre trabalhei com saúde mental na vertente de saída. De porta de saída mesmo. Quando eu estava no pavilhão de agudo, a gente sempre trabalhou na vertente de porta de saída, tanto que mesmo dentro do hospício teve um grupo que a [integrante do grupo] fazia parte, e a gente já ia aos municípios, porque antes, a GRS (Gerência Regional de Saúde) era totalmente omissa. (T01).

A gente já conversava com os municípios naquele tempo. Aí teve um prefeito aqui, que chamou o gestor [Secretário de Saúde de Barbacena em 2002], mais uma médica psiquiatra e eu. Ai nós ficamos ali, tentando fazer alguma coisa nesse viés. (T01).

O início do processo de desinstitucionalização em Barbacena foi lembrado por uma das profissionais que participaram deste processo com a divulgação da temática, através de um adesivo colocado em seu carro:

Era um plástico com os dizeres “Por uma Sociedade sem Manicômios”, eu coleí no fusquinha que eu tinha. Esse plástico, rodando pela cidade, causou impacto e incômodos. Imagina uma cidade conhecida como a terra dos loucos, muito pela quantidade de hospícios, aliás, muito não, mas só pela quantidade de hospícios, e um fusquinha rodando com esse tema aí nas ruas de Barbacena?! (T01).

Nesse mesmo período, a entrevistada era supervisora de estágios em Psicologia na instituição psiquiátrica na qual fazia parte. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), iniciado em 1987 no II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental de Bauru, São Paulo, é considerado o ponto inicial da discussão sobre as práticas manicomiais no município de Barbacena. Essas discussões iniciais se basearam em duas experiências de serviços substitutivos que vinham sendo implantados no Brasil: a criação do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo e a experiência de implantação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), na cidade de Santos, também em São Paulo. O CAPS Luiz Cerqueira, implantado em 1987, tendo sido pioneiro, tornou-se modelo e referência para a implantação de outros serviços substitutivos no Brasil. Já a experiência da cidade de Santos nasceu de uma intervenção pública realizada pela administração do município na Casa de Saúde Anchieta, que estava em funcionamento há

mais de quarenta anos e absorvendo a demanda de internação hospitalar de grande parte do estado. Diante de uma proposta de redirecionamento da assistência a saúde mental, em 1989, ocorre a implantação dos primeiros NAPS (Tenório, 2002).

As cidades mencionadas, com o histórico semelhante ao que Barbacena vivenciava, com hospitais superlotados e denúncias de maus tratos, foram utilizadas como referência. Uma entrevistada toma conhecimento sobre a experiência de trabalho que vinha sendo desenvolvida em outros municípios e propõe uma visita técnica à cidade de Santos/SP, como atividade prática do estágio:

Santos já tinha começado o projeto da Reforma Psiquiátrica com a criação de um CAPS. E esse era um projeto pioneiro no Brasil e muito comentado. Uma das funções do estágio, uma das programações do estágio era uma visita ao serviço de saúde mental de Santos. (T01).

As repercussões das visitas eram diversas, colocando em xeque as formas de trabalhar com pessoas portadoras de transtorno mental.

Essas visitas lá provocavam, nossa! uma confusão dentro da instituição. Lá era um lugar cheio de psiquiatra, e psiquiatra comprometido! Todos eles tinham leitos nos hospitais psiquiátricos do município, então era uma coisa muito fechada mesmo. O interesse era somente financeiro. (...) apesar de naquele período termos pouca força para mudar o que estava acontecendo, as discussões eram muito interessantes, principalmente as visitas, por oferecer um contraponto. A gente entrava em contato lá (em Santos) com o pessoal do serviço. Isso nos estimulou. Mostrou-nos que era possível trabalhar com psicótico ou qualquer pessoa portadora de sofrimento mental de outra maneira que não fosse a internação. (T01).

Essas lembranças são justificadas pela profissional como um marco importante para se iniciar essa discussão em Barbacena. Até o ano de 2000, pouco se falava em Reforma Psiquiátrica no município. A cidade, por possuir muitas instituições psiquiátricas, era considerada como modelo para outros municípios, mas um modelo manicomial.

Eu estou falando isso, essas coisas que foram se sucedendo e criando certa abertura dentro de Barbacena, mais ou menos no ano 2000. Eu era muito articulada também com o Movimento dos Trabalhadores Saúde Mental e o Fórum Mineiro de Saúde Mental. Eu estou falando de mim, mas outras

também. Quando foi no ano, acho que de 2000 ou 2001, eu não sei precisar muito bem, eu fui convidada para coordenar a Saúde Mental em Barbacena. Era uma gestão que estava se iniciando, e eu fui convidada para assumir a coordenação. É que antes não existia (essa coordenação) porque tudo que dizia respeito à saúde mental em Barbacena tinha um jeito de lidar com isso, tipo assim, tem o hospício, inclusive público, então estava resolvido, não precisa de fazer mais nada. O município não tem que fazer nada, o hospício dava conta de tudo, e ainda tinha as clínicas privadas, que foram se constituindo a partir do centro hospitalar psiquiátrico público. (T01).

1.2 Fortalecimento das clínicas privadas

O fortalecimento das Clínicas Psiquiátricas Privadas em Barbacena, do ponto de vista dos trabalhadores que participaram da pesquisa, ocorreu em virtude do número significativo de médicos psiquiatras que possuíam vínculo empregatício nos hospitais públicos, que, por sua vez, também mantinham vínculos com clínicas particulares (as quais, inclusive, eram propriedade de muitos desses médicos). Assim, os indivíduos que chegavam aos hospitais públicos superlotados eram encaminhados para os leitos hospitalares em clínicas particulares e parte do faturamento das internações era direcionado aos médicos responsáveis pelas internações.

Essa estrutura alimentou a indústria da loucura em Barbacena. Muitos empresários realizaram investimentos e obtiveram ganhos significativos com a oferta de leitos psiquiátricos. Em uma entrevista, uma trabalhadora relatou que havia uma disputa entre esses empresários, muitas vezes, também médicos psiquiatras:

“Disputa de pacientes por parte dos médicos para o encaminhamento para os seus leitos hospitalares”. (T01).

Apesar de a disputa ter ocorrido com maior intensidade na década de 1980, uma trabalhadora relatou acreditar que isso ainda ocorra nos dias de hoje:

“Eu acho que essa disputa, hoje tem disputa, tá? hoje tem! Por que hoje tem só duas clínicas conveniadas com o SUS em Barbacena. Eu acho que hoje tem disputa, sim. Mas naquele tempo eu acho que tinha para todo mundo”. (T01).

O interesse ocorria por duas vias: a de internação em clínicas privadas, conforme mencionado, e a dos honorários que os médicos recebiam diretamente do Ministério da Saúde, através do código Sete, que regulamentava o pagamento a esses profissionais de acordo com os procedimentos realizados. Este código foi extinto em março de 2014.

“Tinha lá uns psiquiatras que ficavam ali e, quanto mais ficasse... porque o pagamento deles era pelo Ministério da Saúde, o tal do código Sete. Eles ganhavam por cabeça! Então, era assim, desse jeito.” (T01).

1.3 A inserção de outros profissionais não médicos na assistência em saúde mental

A decisão pela internação psiquiátrica e o encaminhamento para os leitos ocorria por decisão do médico. Dessa forma, esses profissionais detinham todo o “poder” de decisão sobre o paciente e a forma de tratamento. A inserção de uma equipe multidisciplinar dentro das instituições psiquiátricas é apontada pelos entrevistadores, inicialmente, com o objetivo apenas de realizar o cumprimento de uma norma. Além disso, demonstra a supremacia de uma área de conhecimento específica, em detrimento de outras.

Antes, era só médico psiquiatra. Depois, precisou de outros. Era obrigado a ter equipe multiprofissional e foi assim que outros profissionais foram contratados. Por uma exigência do Ministério da Saúde. Então, para cada quarenta ou sessenta [pacientes] não lembro mais muito bem, tinha que ter um. (T01).

Em Barbacena as pessoas ficavam muito prejudicadas por que aqui tinha, era um subemprego. E aí as pessoas aceitavam e ficavam ali fingindo que trabalhavam, sabe? (T01).

Na década de noventa começa aquela humanização dos hospitais, com a P4, que era uma portaria que começa a instituir, para cada quarenta pacientes, tem que ter uma equipe composta por assistência social, psicólogo, médico e enfermeiro. Você tem que começar a abrir as portas, começa a ser proibido cela forte, o choque. Então uma série de rotinas vai mudar dentro da instituição. Só que, o que a gente percebe é que isso não resolve, porque o pessoal continuou lá [os pacientes], continuam lá cinquenta, sessenta anos internados. Quer dizer, o hospital não melhorou a condição de vida desse sujeito, pelo contrário, institucionaliza esse sujeito. (T03).

A norma mencionada pela entrevistada é a Portaria 2.413, de 23 de março de 1998. Esta estabelece que para cada 40 leitos mantidos em hospitais por pacientes crônicos, que

necessitam de assistência e de reabilitação física funcional ou social, deve ser realizada a contratação de equipe técnica multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo, farmacêutico, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com os critérios específicos de carga horária para cada área de atuação. A publicação desta portaria possibilitou a entrada de outros profissionais não médicos nas instituições psiquiátricas. *Apesar de ela ter sido considerada um avanço, a inserção destes profissionais se deu de forma passageira, apenas para cumprir uma norma específica, com pouco espaço para a atuação interdisciplinar.*

Contrato era para cumprir uma norma. É... cumprir uma norma. E a gente não podia fazer nada, tudo que a gente tentava fazer era tolhido pelos donos de hospital. Essa turma aí, que se... E aí se via casos, assim, horripilantes ali dentro, nossa mãe! Horripilantes! Na época, você não podia, assim, fazer nada. As pessoas que eram contratadas, era só para cumprir uma norma. Não tinha uma função. (T01).

Não tinha o que fazer e nem que fazer. Quando a gente tentava mexer em alguma coisa era totalmente ignorado, não tinha jeito. A nossa função era só mesmo ficar escrevendo em prontuário. A gente até fazia uns grupos, hoje... “Jesus Cristo, que coisa ridícula!”. Sabe, fazia uns grupos ali para fingir que trabalhava. Mas não tinha nada, por que como é que se faz? Não tinha uma avaliação para entrar e quem trazia era a própria família. Às vezes, não precisava nem de estar ali. (T01).

A atuação de outros profissionais era ignorada pelas instituições. Muitos trabalhadores, diante da impossibilidade de realizar a sua atividade, optavam por aceitar a situação a fim de preservar o seu emprego.

Meus colegas, por exemplo, como não tinha emprego, quando arrumava um e ganhava no fim do mês, poucos se manifestavam. Eu percebo isso. Até hoje acho. Construir, sabe? Ressignificar a história dessas pessoas, não tinha isso. Não tinha. Porque não é fácil e as pessoas se acomodaram nesse modelo [asilar]. As clínicas privadas trouxeram isso. Esse é legado para os trabalhadores. (T01).

Neste sentido, a entrevistada argumenta que a saúde pública brasileira herdou essa prática manicomial e, que, em sua concepção, essa prática está se reconstruindo nas propostas de intervenção e tratamento para dependentes químicos.

Pois é, e esse caldo vai se reconstruindo via dependente químico. É um retrocesso. A prática manicomial está voltando com tudo, mas com uma nova roupagem. Que é um negócio extremamente perigoso e que as pessoas ainda não estão percebendo isso. (T01).

E ninguém faz nada sozinho. Tem que ter equipe boa. Tem que ter uma articulação muito boa na cidade. Por que é um trabalho que envolve toda a comunidade, toda a cidade mesmo. As internações via comunidades terapêuticas, são uma prática manicomial. É a prática manicomial voltando, mas de forma mascarada. (T01).

Os primeiros profissionais a atuarem na concepção de desinstitucionalização relataram um conflito de identidade profissional:

Eu achava esquisito. Falei, qual é a função do psicólogo neste lugar? Sabe, porque assim, a configuração desses espaços onde o médico é o que faz diagnóstico, onde o médico que fecha diagnóstico, ele que medica. Ele é o como! ele era o chefe da equipe, sabe. E a gente acabava que secretariando! Todo o resto da equipe. Mas todo o resto da equipe era... secretariava. (T02).

Então, eu tinha certeza que a gente tinha que repensar essa prática o tempo inteiro. E aí quando veio a questão da Reforma, aí eu comecei a entender que a minha praia era essa. Que de fato era disso que eu gostava. (T02).

Diante destas dificuldades, emitiram algumas críticas em relação à formação de profissionais:

Porque a Universidade não prepara ninguém pra isso. As pessoas saem até hoje da formação e não sabem onde vão trabalhar e o que vão ver. Eu não sei o que acontece com a programação, com os currículos. Tem que ser revisto. Então saem totalmente despreparados. (T02).

1.4 Militantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Mesmo diante das relações de poderes estabelecidas entre as classes médicas que faturavam com o comércio da loucura das clínicas privadas e conveniadas com o SUS, grande parte dos entrevistados reconhece a sua participação no processo de Reforma Psiquiátrica como uma militância:

Eu fui convidada a assumir [a coordenação de Saúde Mental] e num ato de militância eu aceitei. Sabe? Aceitei! E a gente compôs uma equipe de trabalho, uma equipe de militantes, pessoas com ideias semelhantes. Então, chamei mais três pessoas para trabalharem comigo. Eu aceitei essa coordenação sabendo do trabalho hercúleo que eu tinha pela frente, mas a gente estava em um momento muito legal, sabe (...) (T01).

Eu comecei a minha militância em 1979, quando eu me formei. Mas olha só, eu formei e fui cair na clínica privada [menciona o nome da clínica] e no antigo Sanatório de Barbacena. E lá eu vivi coisas terríveis. Engraçado, essa coisa é meio visceral, né? Por que tanta gente trabalha e não se impressiona, não tem indignação. E eu cá nisso! e me indignei. Fiquei muito incomodada, tá?! Muito incomodada! Nossa! Eram coisas terríveis que eu via ali, que não conseguia pensar, né. Não vou citar nome, mais um especificamente [ela se refere a uma médica da instituição que trabalhou] que está lá até hoje, gente. Porque o marido dela arrumou uma pessoa, ela internava. Internava pessoa de qualquer jeito, sabe. Internava pessoas, igual a [ela menciona o nome de uma pessoa], a sua mãe faleceu no sanatório, internada no sanatório. Dizem que a mãe dela ficou internada por conta de acordo que era feito com dono de hospital, sabe? Aí quando viram, (pausa), (suspiro). Foi aí que veio a necessidade de ter psicólogo e assistente social. A gente era contratada para cumprir um rito. Eu tenho dificuldade pra falar disso, tá? (T01).

Com o aceite da entrevistada para a Coordenação de Saúde Mental, cargo inexistente até aquela data, ela convida um grupo de militantes para assumir o projeto de Reforma Psiquiátrica junto com ela. Assim, um grupo de pessoas foi realocado em locais estratégicos para que se efetivasse o processo de desinstitucionalização em Barbacena. Para a trabalhadora, a alocação de uma militante de seu grupo na Gerência Regional de Saúde (GRS), na Gerência Municipal de Saúde Mental e na Coordenação do CAPS municipal foi uma das principais contribuições para o projeto da Reforma Psiquiátrica acontecesse.

Sabe o que acontecia? Barbacena, cidade polo, onde tinha os hospícios e uma Gerência Regional de Saúde, que tinha também uma referência técnica de saúde mental que até a data em que eu assumi o cargo, era um zero à esquerda e não valia nada... (T01).

Aí em dois mil e pouco, em 2001 é que vem a outra gestão. Aí que se forma a coordenação de saúde mental. Nesse período estava quem? [é mencionado quatro nomes] Porque aí começa a formatar essa lógica da reforma, vai começar a formar um grupo, a começar a fazer um projeto de gestão. Aí em 2002 sai o CAPS municipal. Foi um processo que foi se fortalecendo. (T03).

É porque esse princípio aí, quando eu aceitei o convite da coordenação e que a gente tinha como objetivo essa mudança de modelo assistencial, o que nós

tínhamos que fazer? Em uma cidade que só tinha hospício, o que a gente propunha? A gente então propõe, ao aceitar esse convite, organizar uma rede substitutiva. Essa palavra pode parecer banal. Porque ela, às vezes, as palavras são tão usadas que elas não valem mais nada, engraçado, né? Mas na verdade elas valeram muito naquele momento. Então quem participou nesse momento foram aquelas pessoas que eu te falei [ela menciona quatro pessoas que participaram desse momento inicial]. (T01).

Para os trabalhadores entrevistados, militar a favor da Reforma Psiquiátrica é estar em constante avaliação de sua prática.

E sempre avaliando, e até hoje, e até hoje a gente avalia permanentemente a nossa postura. Porque nós entendemos que o manicômio é... o tratamento, é muito sedutor ser manicomial. (T02).

Aí você fecha, você resguarda, você protege, né? Você coloca ali entre muros, muito mais fácil de cuidar. Quando você tem o desafio de colocar isso na cidade, isso na comunidade, isso é uma loucura! Você perde a proteção do muro, né?! E com isso você perde também toda a lógica manicomial, que é o que a gente deseja. Mas ainda sim algumas práticas a gente repete. Você começa a repetir umas práticas, (risos) que você fala: “gente, isso aí tá errado, isso que nós estamos fazendo, repetindo o que o manicômio faz, fez durante a vida inteira”. (T02).

E eu, particularmente, diferente da maioria do pessoal nunca trabalhei em hospital psiquiátrico. Eu nunca fiz... Eu fiz estágio no hospital psiquiátrico, que naquela ocasião me deixou claro que não era um lugar para eu ficar. Entendeu? Eu, enquanto profissional não queria trabalhar naquele lugar. Alguma coisa já me incomodava quando eu tinha, sei lá, dezoito, dezenove, vinte anos. E, e que eu não sabia nem o que era não. Falei assim, gente isso aqui não pode ser tratamento. (T02).

E era um grupo muito firme, e eram várias pessoas com a mesma diretriz, mesmo que as impressões fossem diferentes. Eu achava que tinha que fazer assim, você achava que tinha que fazer daquele jeito. Mas todo mundo tinha uma lógica muito clara: fazer contraponto ao tratamento hospitalar. Fazer contraponto ao hospício. Então era muito tranquilo isso. (T02).

O Fórum Mineiro de Saúde Mental foi apontando como um grande apoiador do processo de desinstitucionalização em Barbacena.

A articulação junto com o Fórum Mineiro foi importante para nós. Uma pessoa chamada Mirian Abu Yd ajudava a gente também. Ela dava um respaldo político importante. Assim, [a militante do grupo] assumiu a

referência técnica, então, só tinha a coordenação de saúde mental em Barbacena que eu assumi trabalhando, a pessoa [militante do grupo] que assumiu a coordenação do CAPS municipal e, a [outra militante do grupo] assumiu a referência técnica de Saúde Mental na GRS. Assim, ela começou a trabalhar com os municípios em torno de Barbacena, eram uns cinquenta e três municípios. Cada município já começou a ter, ela fazia visita, a gente ia junto e a gente começou a trabalhar com os municípios que é onde encaminhava as pessoas para cá. Outra pessoa importante do grupo assumiu a Coordenação de Saúde Mental do hospital psiquiátrico do estado, localizado no município. Então, foi uma equipe bacana que foi montada. (T01).

Segundo os entrevistados, a estrutura mencionada favoreceu o trabalho articulado com outros municípios de Minas Gerais que encaminhavam pacientes para a cidade de Barbacena.

a partir daí foi um trabalho, mas um trabalho bonito e sofrido. Eram pessoas extremamente comprometidas e politizadas. Um grupo grande. (T01).

A princípio se discutia com o Fórum Mineiro uma sociedade sem manicômio. Aí que vem a luta pelo serviço substitutivo e não mais serviços alternativos. Era como se os dois pudessem conviver. E dentro da luta o enfoque é que se acabem os hospícios, que ele consiga ser substitutivo. Ele ainda não alcançou essa é a ideia do serviço substitutivo. Mas a princípio foi colocada essa questão como serviço alternativo. (T03).

O objetivo dessas discussões realizadas pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental foi o de ampliar o entendimento no que tange à assistência em saúde mental com o intuito de contrapor o hospital psiquiátrico, superando a ideia de serviços alternativos, complementares ou suplementares. Neste sentido, o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira se opõe ao modelo asilar e enfatiza as ações destinadas à criação de serviços substitutivos.

Podemos dizer que as primeiras iniciativas de transposição do modelo asilar em Barbacena ocorreram dentro de um hospital psiquiátrico do Estado de Minas Gerais, o CHPB. As experiências com os “Módulos Residenciais”, apesar de apresentarem vários problemas e limitações em sua organização e estrutura, foram apontadas pelos profissionais como importantes para introduzirem a reflexão sobre a implantação de serviços alternativos dentro de uma instituição psiquiátrica.

1.5 Módulos Residenciais

A criação dos Módulos Residenciais ocorreu em 1981, após a implantação de um projeto de reestruturação da assistência psiquiátrica pública realizado em Minas Gerais, iniciado em 1980. As reformulações da assistência propostas neste projeto ocorreram devido às pressões que os hospitais psiquiátricos estavam vivenciando diante das denúncias de maus tratos. Todos os hospitais psiquiátricos, inclusive os particulares, tiveram que realizar adaptações.

No caso de Barbacena, foram criados cinco Módulos Residenciais no CHPB. Tratava-se de casas com capacidade para 24 moradores. Os módulos residenciais, apesar de terem o aspecto de casas, foram construídos dentro do hospital e os cuidados com os moradores eram realizados pela equipe do hospital.

As pessoas confundem muitos módulos com Residência Terapêutica. Mas é porque a FHEMIG, dentro desse processo de humanização, cria cinco Módulos Residenciais que cabem 24 pacientes cada um. Em um módulo, eram 24. Quatro em cada quarto, seis em cada quarto, oito em cada quarto. Para dar três quartos. Ela tinha um formato, ela tinha uma cozinha, ela tinha uma sala, já buscando uma lógica da reforma. (T03).

Esses módulos ficaram conhecidos popularmente pelos internos como “casinhas”, uma vez que o objetivo da instituição era criar um espaço com características de uma residência. As primeiras pessoas a serem desinstitucionalizadas saíram desses módulos:

Então, eu trabalhei a princípio com esses sujeitos e um grande número saiu de lá. De algum trabalho, desde 2003. (T03).

Como haviam muitos pacientes institucionalizados de outros municípios nos Módulos Residenciais, pois ainda era comum receber internações de outras cidades, uma equipe de profissionais começa a desenvolver um trabalho articulado com vários municípios mineiros, com o objetivo de diminuir o número de encaminhamentos para Barbacena e realizar o tratamento no próprio município de origem. Durante a entrevista, a trabalhadora relata que se tratava de uma experiência difícil de ser lembrada.

Foi uma revolução porque lá só tinha crônico na FHEMIG e aí começaram a abrir o modo residencial. O modo residencial era unidade de agudo. E, como era referência, então tinha a equipe que trabalhava no Sul de Minas para atender pacientes do Sul de Minas. Aí eu trabalhava na equipe do Sul de Minas, tinha o pessoal que trabalhava na equipe de Barbacena, que atendia a microrregião de Barbacena e uma outra equipe que atendia Juiz de Fora, aquela região da Zona da Mata. Então eu entrei na FHEMIG para trabalhar com o Sul de Minas. E médico [que depois ela vai ter contato com ele no projeto de Reforma Psiquiátrica de Barbacena] era da minha equipe, ele era o gestor. O gestor que me convidou... Nossa Senhora. Ô Kennya, é tanta coisa que é difícil falar. (T01).

Por que é um trabalho que a gente foi fazendo. A gente começou a trabalhar e começamos a entender que aquilo não valia nada não, entendeu? Que a gente não era nada, que não tinha como trazer alguém que era lá de Varginha, lá de longe para fazer tratamento em Barbacena. Aí a gente começava articular para a pessoa fazer o tratamento na cidade dela e não aqui. Você está aqui abrindo a memória, cruz credo! (T01).

Os cinco Módulos Residenciais que foram criados na década de 1980 ainda estão em funcionamento no CHPB de Barbacena. São 104 pacientes institucionalizados que ainda residem nesses módulos. A grande maioria dessas pessoas se encontra idosa, pois foi institucionalizada há anos. Como a capacidade para cada módulo é de no máximo 24 pessoas, esse quantitativo é dividido entre os cinco módulos da seguinte forma: 16 pessoas no Módulo 1; 18 pessoas no Módulo 2; 23 pessoas no Módulo 3 e 4; 24 pessoas no Módulo 5.

1.6 A Casa Amarela

A Casa Amarela também ficou conhecida pelos profissionais como “Casa de passagem”. Esta, por sua vez, foi montada dentro do CHPB para trabalhar com os indivíduos que iriam ser transferidos para a comunidade ou que iriam retornar para a sua família. A montagem dessa casa ocorreu pouco antes de se efetivar as diretrizes dos SRT por meio da portaria 106. Era uma casa dentro do próprio hospital, com o objetivo de preparar as pessoas institucionalizadas para a sua saída do hospital. Pelo fato de a casa ter sido pintada na cor amarela, ela ficou conhecida popularmente como “Casa Amarela”. No entanto, apesar de o projeto visar à aproximação desses sujeitos com uma casa como outra qualquer, ou qualquer outra medida de reabilitação psicossocial se tornava inviável, uma vez que ela estaria inserida dentro de uma instituição psiquiátrica.

E lá em baixo [da FHEMIG] tinha uma casa que se pintou de amarelo. Porque chegou a se pensar em fazer, antes da lei sair, de fazer uma casa lá dentro, nesses moldes, que foi um projeto. Só que era inviável. Ou você tem uma casa, ou você tem uma internação. Por que tanto quando o paciente sai do hospital, ele recebeu alta, deixou de ser paciente. Que autonomia que esse sujeito tem? Tanto é que o segundo grupo da casa amarela, eu que fiz esse trabalho, eu que fiquei com eles nessa casa, rapidinho eu tirei, por que ela não acrescenta, por conta disso. Porque você não tem os horários, você não consegue trabalhar a autonomia do sujeito. Mas ela foi uma tentativa de fazer essa passagem para fora. A primeira foi em um projeto equivocado da FHEMIG, acreditando que poderia ser uma Residência Terapêutica. (T03).

O trecho abaixo indica as fragilidades de uma iniciativa equivocada de reabilitação psicossocial.

Mas é exatamente esse grupo que não sabia que a que horas as luzes se acendiam. Eles ficaram um tempo nessa casa amarela, buscando essa lógica da saída, mas não conseguiram se desvencilhar. (T03).

As pessoas que moravam dentro dos módulos residenciais e que possuíam maior autonomia poderiam ser transferidas para a “Casa Amarela”. Devido às fragilidades inerentes a uma proposta de moradia dentro de uma instituição psiquiátrica, a Casa Amarela funcionou por poucos meses.

Dentro da própria FHEMIG tinha uma casa de passagem, a Casa Amarela, que tinha esse perfil. Só que totalmente equivocado. Dentro do hospital, equipe do hospital. Mas era, assim, um esboço, sabe? um desejo de começar a fazer alguma coisa. Não estou fazendo crítica nenhuma não, porque eu estava nesse processo também. Já apontava para isso. O desejo de quem trabalha já começa a pensar numa saída para aquelas pessoas. (T03).

Só que, qual que é o grande problema? Ela continua dentro do hospital, e quando eu continuo dentro do hospital, eu tenho normas hospitalares a seguir. Eu tenho horário de café da manhã, eu tenho horário de almoço, eu tenho troca de plantão, eu tenho regras que são inerentes ao hospital. (T03)

O CHPB/FHEMIG foi mencionado como parceiro no processo de desinstitucionalização:

Então a FHEMIG foi uma grande parceira, porque a mesma equipe que estava aqui no município, era a equipe que estava lá, então a gente consegue começar a trabalhar essas questões. Lá na FHEMIG tinha uma casa amarela, que era uma casa à parte. A gente fazia um movimento, separou nove pessoas, oito pessoas que foram para essa casa para começar a aprender, como se fosse uma casa de passagem, onde as pessoas começariam a trabalhar essas questões, como que é lidar numa casa e tal. (T03).

E a FHEMIG fomentando isso aqui também, tá. FHEMIG e o Estado. Ela que fez “Saída Para o Fim” que promoveu a saída dos pacientes daqui. Tudo acontecia ao mesmo tempo, tá. Foi muito favorável, momento oportuno e favorável. (T03).

A entrevistada menciona um Seminário promovido pelos profissionais da FHEMIG e pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, no ano de 2001, intitulado “Hospitais psiquiátricos: Saídas Para o Fim”, com o objetivo de discutir propostas de desospitalização de um grande contingente de indivíduos institucionalizados.

Em relação à construção de uma rede assistencial, uma das entrevistadas relata o sentimento de emoção de ter participado de todo esse processo:

De todos os projetos de Barbacena. De todos eles. Da primeira casa à última unidade de acolhimento. Todos esses projetos. Eu trabalhei em todos eles, eu consegui financiamento. Claro que sempre compartilhando isso e, nunca sozinha, sempre com mais de uma pessoa. Mas essas iniciativas, os recursos, tudo capitado, sabe, tudo a gente conseguiu. Isso eu tenho tudo datado, desde o primeiro momento. São vinte anos trabalhando com planejamento. (T02).

Eu cresci profissionalmente à medida que o SUS foi crescendo também. Ele foi amadurecendo, eu também. O SUS está com vinte e poucos anos também. É meu tempo de jornada. (T02).

1.7 Barbacena e a cultura de hospitalização

A cidade de Barbacena assumiu durante décadas grande parte da demanda psiquiátrica do Estado de Minas Gerais e também de outros estados brasileiros. Esse histórico levou a cidade a ser conhecida como a “cidade dos loucos”. A questão que pretendemos colocar aqui é que as características provenientes de um tratamento hospitalocêntrico se estendeu para a população local. Neste aspecto, podemos pensar no

que Foucault (1998) denomina de alargamento do manicômio para as diversas instituições sociais, como a família e a escola. Para o autor, o pensamento manicomial se estenderia às camadas sociais por meio de um poder disciplinar imposto pelas instituições. Podemos dizer que devido ao grande número de instituições psiquiátricas presentes na cidade de Barbacena, a população passou a conviver com mecanismos disciplinares inerentes ao espaço asilar sem qualquer estranhamento.

Guattari (1990) realiza uma reflexão acerca dos modos de existência. Para ele, as formas de estar no mundo partem de uma concepção de ordem “capitalística”. Essa estrutura incide em esquemas de ação da vida em sociedade, estando presentes nos sentimentos compartilhados, em gestos, entre outros aspectos. Alvergal e Dimensten (2006) enfatizam que tal lógica se expressa nos modos das relações humanas. Essa dominação resulta no que os autores denominam de produção de uma subjetividade manicomial, uma vez que “*é que ela se produz e atravessa tanto “opressores” quanto “oprimidos”, tanto “dominantes” quanto “dominados”, e nos leva, na maioria das vezes, a estabelecer uma adesão a essas forças de dominação*” (p.305).

Durante as entrevistas com os trabalhadores, esses atravessamentos foram mencionados como parte da cultura local devido ao histórico que o município possui em relação ao asilamento. Essa especificidade fez com que fosse “habitual” para a população local uma internação psiquiátrica.

Eles acabaram criando esse hábito. É porque tinha, eu acho, a questão do acesso. Era muito fácil internar. Tanto é que eu comentei com você de quando eu comecei a trabalhar em 79 em clínica privada e no sanatório, eu encontrava com pessoas da cidade, às vezes, aquele marido que arrumou outra pessoa e, às vezes, era um problema puerperal. A pessoa estava ali, toda a vida internada. Eu acho que era essa facilidade mesmo, onde tem hospício, tem demanda. Onde abre um serviço tem demanda, não adianta. Uma demanda, não demanda em função do quadro clínico, uma demanda em função de ter um serviço ali aberto e que serve a qualquer interesse. Interesse de toda ordem. É assim como esse que eu estou te falando. Do caso do marido que arranja outra e põe a mulher no hospício. Prático, né? Muito prático. (T01).

Esse suposto “hábito” adquirido pelos barbacenenses foi comprovado através do levantamento realizado pela equipe de saúde mental entre os meses de agosto a dezembro de 2000. Os dados demonstraram que mais de 80% das internações eram provenientes de

moradores do próprio município. Aqui, podemos pensar em uma mudança de paradigma, uma vez que até o final da década de 1990, existia uma crença de que a maior parte das internações realizadas no município era de pessoas provenientes de outros municípios. Os resultados desse levantamento contrapôs o discurso de que Barbacena apenas acolhia os indivíduos com transtorno mental de outras cidades. Apesar dessas informações, os barbacenenses mantiveram o hábito de dizer que a cidade não era a terra de loucos, conforme o município ficou conhecido nacionalmente, mas sim, uma terra que acolhia muitos loucos de outras cidades.

Eu acho que a questão de ser a maioria de Barbacena é muito em função disso. (T01).

Eu acho que era pela facilidade daqui ser o lugar onde tinha muito hospício e o acesso era muito fácil. Era uma questão de acesso. Muito fácil, né? (T01).

Uma prática também levantada durante as entrevistas diz respeito às internações com o objetivo de auferir algum benefício ou a aposentadoria, denominado por uma entrevistada de “*beneficites*”.

Tinha aquele negócio de encostar. Era muito fácil também encostar pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social). As pessoas internavam para ter benefício. A gente falava que era beneficite. Internava para ter benefício do INSS e não tinha nenhuma coisa, nenhuma porta de entrada. Nenhuma entrevista, nenhuma avaliação clínica do quadro, então se internava, porque olha só: a pessoa internava, simulava uma crise qualquer, às vezes nem simulava, internava na maior facilidade, era só chegar na porta do hospital que internava. Quer dizer, o dono do hospital ganhava por aquela internação e a pessoa também conseguia um atestado para receber um benefício. Isso acontecia, mas era muito mesmo. (T01).

Eu estou para te dizer que não tenho um dado assim para te falar, mas, nossa! Me veio a cabeça até uma fila de pessoas que se enquadravam nessa situação que eu estou te falando. (T01).

1.8 As Avaliações do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares tem como objetivo avaliar a qualidade dos serviços hospitalares do SUS. Segundo as pessoas entrevistadas,

em Barbacena, ocorreram avaliações importantes para o processo de desinstitucionalização no município. A primeira avaliação do PNASH ocorreu no ano de 2001, quando foi constituída uma equipe de profissionais que iria trabalhar com a temática da Reforma Psiquiátrica na cidade. Em grande parte das entrevistas, essa avaliação foi apontada como um instrumento importante de fiscalização, fato que favorecia a redução dos leitos hospitalares em Barbacena.

Aí acontece também o Programa Nacional de Avaliação Hospitalar, que é o PNASH. Nesse PNASH, você vai ter que atingir pontos para dar conta desse hospital seguir em frente. E, começa a ter um incentivo do próprio ministério, que, quanto menos paciente o hospital tem, maior é a AIH que é a autorização de internação hospitalar. Então começa a ter toda uma movimentação para que a gente consiga, a princípio, reduzir os leitos e entrar com serviços substitutivos, que na época chegou a ser até serviço alternativo. (T03).

O PNASH! Esqueci do PSNASH! O PNASH foi realizado também na minha gestão, o primeiro. E, foi um PNASH muito bacana. Nesse, especificamente, se fecha o sanatório Barbacena, tá?! É que a partir do fechamento do sanatório foi um processo bacana também. As pessoas [institucionalizadas] foram para residência [RT], ninguém foi para a Clínica x [ela menciona um hospital psiquiátrico privado]. Foi todo mundo para as Residências, com algumas exceções. Algumas exceções de pacientes que estavam em um estado muito grande de debilidade. Alguns foram para o CHPB e estão lá até hoje. Mas a maioria dos pacientes do sanatório foi para as Residências Terapêuticas. Eu tenho hoje como avaliação, que talvez tivesse algum acordo com a Clínica x. Porque depois disso, gestor municipal [que tinha ligação com essa clínica] também saiu da Clínica privada e vai até embora de Barbacena. Sabe-se lá o que aconteceu. (T01).

Nesta passagem, a entrevistada menciona o interesse de um profissional que estava atuando na gestão municipal em direcionar os pacientes do Sanatório de Barbacena para uma clínica psiquiátrica que ele possuía vínculo e interesse pessoal em realizar essas transferências. Ela conta com entusiasmo que o trabalho técnico da equipe de profissionais envolvida com o fechamento da instituição não permitiu que acontecessem transferências de pacientes para leitos psiquiátricos em instituições privadas. Assim a equipe utilizou critérios técnicos, como: o retorno para a família, caso houvesse essa possibilidade; a inclusão dessas pessoas nos SRT no município, mesmo que demandasse a abertura de novas RT e, em casos extremos, em que ocorresse a comprovação da necessidade de

transferência para leito psiquiátrico, que fosse preferencialmente para o CHPB, uma vez que se tratava de um hospital público.

O Sanatório de Barbacena, como unidade de atendimento psiquiátrico do Estado, existia no município desde o ano de 1870. No ano de 2001, diante da pressão ao município de aderir ao novo modelo de assistência a saúde mental, essa instituição teve o seu fim decretado. O fechamento do Sanatório significou para Barbacena a inclusão de novas práticas na atenção à saúde mental que não fosse o asilamento. Diante de um processo de transformação do espaço hospitalar, muitos hospitais psiquiátricos que existiam no município foram fechados.

Apesar de a equipe de profissionais ter conseguido manter os critérios técnicos com o fechamento do Sanatório de Barbacena, o mesmo não ocorreu com descredenciamento com o SUS de uma clínica particular. Nesse caso, especificamente, a maior parte dos internos foi transferida para outra clínica conveniada. A entrevistada enfatiza a sua dificuldade em entender o que ocorreu, mas sugere que provavelmente foi por questões relacionadas com acordos políticos.

Não sei. Essas coisas que ficam na divagação, sabe, Kennya? Depois disso outra clínica privada [é mencionado o nome] acaba fechando. Eles mesmos pedem descredenciamento do SUS. Porém, com o fechamento desta clínica, muitos vão para outro hospital conveniado [é mencionado o nome] com o compromisso de ficarem lá um tempo. Só até ter Residência Terapêutica e que pudesse acolhê-los. E eu penso que até hoje a maioria deles ainda está no mesmo lugar. (T01).

Assim, ela prossegue sugerindo que o processo de desinstitucionalização não ocorreu nessa clínica conveniada pela influência que o dono possui no município. Esta clínica psiquiátrica é uma das poucas que ainda está em plena atividade em Barbacena.

Igual quando a gente faz PNASH. Eram todos reféns. Eu participei de PNASH até pouco tempo. O Ministério da Saúde te convida para participar. Foi esse PNASH que fechou o sanatório. Acho que foi no ano de 2003. (T01).

2. A Saúde Mental em Barbacena: o surgimento de propostas substitutivas ao modelo manicomial

Até o início do ano de 2001, prevalecia como prática de assistência aos portadores de sofrimento mental o modelo asilar por meio de hospitalização psiquiátrica. Até essa data Barbacena era tida como polo psiquiátrico, devido à sua relevância histórica e pela grande concentração de hospitais psiquiátricos, com 755 leitos ocupados por pacientes asilares.

Frente ao grande número de pessoas institucionalizadas no município e diante dos gastos que tinha esse modelo de atendimento, foi produzido e apresentado no dia vinte e oito de maio de 2001, ao Conselho Municipal de Saúde, uma proposta de reorganização e redirecionamento da assistência à saúde mental de Barbacena. Essa proposta visava à criação de uma rede alternativa ao modelo hospitalocêntrico, apresentando também os gastos e a proposta de criação de Residências Terapêuticas, de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e NAPS de Dependência Química, de um Pronto Socorro e de um Ambulatório, de Centros de Convivência, entre outros. Com o redirecionamento da assistência a saúde mental, o projeto tinha como meta a redução de 70% dos encaminhamentos para os leitos psiquiátricos disponíveis no município (Barbacena, 2001).

Os trabalhadores entrevistados relatam que os serviços substitutivos sugeridos no projeto não foram difíceis de serem articulados com a gestão municipal, uma vez que os custos com as internações hospitalares eram elevados. Eles relatam que o convencimento para a implantação dos primeiros serviços substitutivos ocorreu pelo demonstrativo financeiro, enfatizando a economia que tal proposta poderia trazer para o cenário assistencial de Barbacena.

Com a proposta de reformulação da assistência psiquiátrica do município e com o subsídio da Portaria nº 106 de fevereiro de 2000, os Serviços Residenciais Terapêuticos foram expandidos em Barbacena. Junto com a proposta de reformulação da assistência em saúde mental, também foi encaminhando um projeto para a implantação de 20 Residências Terapêuticas em Barbacena. Tal proposta foi direcionada ao Ministério da Saúde. O projeto tinha como cronograma a implantação dessas 20 RT em um período máximo de um ano e meio (agosto de 2001 a dezembro de 2002), com o objetivo de atender os indivíduos crônicos com histórico de internação que não tinham vínculos familiares e que não possuíam condições de moradia e de sustento. O relatório, juntamente com o projeto, foi encaminhado em julho de 2001, e no final do mesmo ano foi implantada a primeira

Residência Terapêutica de Barbacena. A implantação dessas RT ocorreu de forma gradual, conforme será apresentado a seguir.

A primeira experiência de desinstitucionalização de serviço substitutivo em Barbacena foi com a implantação de uma Residência Terapêutica. Ela foi implantada antes do CAPS, que foi inaugurado um ano após a implantação da primeira RT:

Que passa a regular as internações. É interessante, porque as Residências Terapêuticas até então, residências eram um instrumento do equipamento do CAPS, ela está ligada ao CAPS. Só que para Barbacena, pelo grande contingente de pessoas institucionalizadas, a RT criou uma estrutura própria. (T03).

Mas quem dava a cartada final era sempre o médico. E a maioria deles com esse compromisso com o leito em hospital. Então a porta de entrada funcionava assim, e funcionou dessa maneira até a criação do CAPS. (T01).

Até a inauguração do CAPS, a porta de entrada de toda a assistência em saúde mental era no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), vinculado à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Os critérios de internação eram realizados de acordo com a disponibilização de leitos psiquiátricos em clínicas particulares conveniadas.

Porque antes, o serviço tinha como porta de entrada de toda a assistência à internação psiquiátrica o CHPB. Como que funcionava essa porta de entrada? Chegava a demanda, lá. E qual que era o critério para entrar ou não entrar? A resposta é simples: a oferta de leito das clínicas privadas. Então, se tinha dez leitos na Clínica x, por exemplo, então, tinha dez internações, se tinha leito no Hospital y, entendeu? Então a coisa não era... não tinha nenhum critério técnico por gravidade do quadro. O critério era a oferta de leitos dos hospitais psiquiátricos conveniados. Então, isso foi quebrado. Foi quebrado e a porta de entrada passou para o CAPS municipal. Aí, a gente constituiu equipes, trabalhamos muito! E foi difícil. Como conseguir pessoas para trabalhar nessa nova visão de atendimento à saúde mental? foi muito duro constituir uma equipe, “treinar” - essa palavra eu não gosto não, mas vamos lá com ela mesmo. Treinar essa equipe, fazer com que as pessoas tivessem outro entendimento, ter psiquiatra que trabalhasse dentro dessa outra lógica, porque quase todos aqui, eu acho que todos naquela época, eram, tinham leito em hospital psiquiátrico, então foi, foi duro. Aí depois de um certo tempo, depois da implantação desse serviço e das Residências Terapêuticas, tinha muito crônico em Barbacena, mas muito mesmo, eu tenho até alguma coisa anotada ali, nem lembro quantos, nossa mãe. Falar disso não é fácil não, sabe? (T01).

Nesse momento, uma pausa foi necessária. Foi possível perceber a angústia da entrevistada em falar desses percalços. Segundo ela, foi um dos momentos mais importantes para a história da reforma psiquiátrica em Barbacena, mas, também, um dos momentos mais difíceis.

Com a criação do CAPS no ano de 2002, a porta de entrada para a rede de assistência a saúde mental passa a ser executada pelo CAPS.

Quando o CAPS foi criado, no projeto do CAPS, de acordo com a legislação do Ministério da Saúde, ele passou a funcionar como porta de entrada do sistema de saúde mental. Anteriormente era feito na FHEMIG (CHPB) de acordo com os leitos disponíveis nos hospitais credenciados. (T01).

E aí a porta de entrada passou para o CAPS e a renovação das guias de internação também passou lá. A renovação da guia antes era automática, porque uma AIH [Autorização de Guia de Internação] valia por quarenta e cinco dias e se a pessoa não melhorasse, ela poderia renovar essa guia por mais um tempo. Então aí teve muita cronificação. (T01).

Então essa guia de renovação era automática. As pessoas iam sendo cronificadas também automaticamente, sabe? Então ficava lá. Ia ficando. Quando o CAPS foi inaugurado, a renovação passou a ser feita no CAPS, depois dos quarenta e cinco dias. Nos hospitais privados ficava quarenta e cinco dias mesmo, então depois dos quarenta e cinco dias, a equipe do CAPS avaliava o quadro. Avaliava aquela pessoa, aquele usuário e dava um parecer se era para ficar mais tempo ou se era para ter alta. E, geralmente, era para ter alta, por que o acompanhamento deveria continuar sendo no CAPS ou no município de origem. (T01).

A pessoa ficava o tempo que o SUS pagava que era os quarenta e cinco dias, e, às vezes, eles pediam uma reinternação dentro da própria clínica. Então, essa reinternação começou a ser feita no CAPS. Aí a gente começou a barrar muitas reinternações, sabe. Quero dizer que sabemos que tinha a vertente do agudo e a vertente do crônico [paciente], do paciente de longa permanência, que a saída para eles seria via residência terapêutica, então era um campo de atuação muito grande que a coordenação de saúde mental tinha que abarcar. (T01).

Falar disso é complicado, que é muita coisa e muitos anos. Com relação às residências, a gente... é muito difícil, e por quê? No hospital psiquiátrico público tinha pessoas que queriam sair, já estavam prontas, a Sra. Maria [nome alterado], por exemplo, ela estava de mala pronta pra ir para a residência terapêutica. Os psiquiatras não queriam dar alta para as pessoas. (T01).

Quando o CAPS assumiu a atribuição de regular as internações psiquiátricas no município, muitos conflitos foram estabelecidos, principalmente com os hospitais.

Com os hospitais? Existia! Existia o conflito e era a gente que trabalhava no CHPB. Que eu sei que o CHPB é um negócio, que no CHPB, a maioria dos donos de hospital trabalhava lá. O dono da Clínica x e y, sabe, a maioria. Os psiquiatras todos no CHPB, a gente sofria muito, era muita pressão, nossa mãe! Foi muito difícil. (T01).

Os conflitos se estendiam:

Inclusive os donos das clínicas particulares também trabalhavam no CHPB. O CHPB é um ponto de interrogação, pois foi a partir do CHPB que se proliferaram as clínicas privadas. Então, ali que fomentou esse comércio da loucura em Barbacena. (T01).

E desmontar isso foi um negócio muito pesado. Muito pesado mesmo. E foi doloroso. Tanto que quando eu saí coordenação que teve esse documento [Barbacena, graves retrocessos] até que eu comentei com você. Mas te confesso que eu não peguei não. É, foi uma... uma, uma coisa que teve uma repercussão a nível nacional. No Ministério da Saúde, na Secretária Estadual de Saúde, nos Movimentos Sociais. Foi uma coisa bem difícil. (T01).

O documento intitulado “Barbacena, graves retrocessos” foi elaborado pelos trabalhadores de saúde mental e apoiado por diversas instituições, como o MSTM, a Coordenação Nacional de Saúde Mental e Universidades, com intuito de apoiar os trabalhadores que articulavam o projeto de implantação de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico em Barbacena. Os entrevistados mencionam que se tratou de um período de conflitos, principalmente, de divergências entre os proprietários de clínicas privadas e trabalhadores de saúde mental.

Decorrente destas discussões e da repercussão que a política de assistência em saúde mental que Barbacena assumiu, os gestores municipais resolveram repensar as suas práticas assistenciais.

O município começou assumir alguma coisa relacionada à assistência, sabe. Por que antes, não vamos preocupar com saúde mental em Barbacena porque já tem o hospício. O hospício dá conta de tudo. A partir daí que começou um

processo de atendimento à saúde mental em Barbacena, já que passou a ser de responsabilidade do município. (T01).

As legislações que foram emitidas nesse período levaram os gestores municipais a repensarem sobre as práticas assistenciais. A partir desse trabalho que nós iniciamos em 2000, em 2001 é que possibilitou algum andamento. Foi a partir daí, porque antes era só o hospício. (T01).

Diante das disputas por internações psiquiátricas, os profissionais que atuavam na assistência passaram a priorizar os encaminhamentos para os leitos de hospital público.

Ah, outra coisa também que a gente fez, foi priorizar a internação em hospital público de acordo com a lei 8080. Porque antes a prioridade eram os hospitais particulares nessa porta de entrada. Prioridade que eu falo entre aspas porque não tinha oferta de leitos dentro da porta de entrada do CHPB. (T01).

A porta de entrada em Saúde Mental no CAPS gerou vários debates, principalmente com a classe médica, uma vez que grande parte destes profissionais almeja leitos em clínicas conveniadas. As avaliações e as guias de internação passaram a ser emitidas pelos profissionais do CAPS. No entanto, após a internação realizada em clínica conveniada, os próprios profissionais das instituições psiquiátricas privadas poderiam pedir as reinternações após o período de quarenta e cinco dias estabelecidos pelo SUS para a internação psiquiátrica. O fato que foi considerado preocupante é que pouco podia ser feito, pois os profissionais que faziam essas avaliações e solicitações estavam dentro dessas instituições, muitas vezes, pressionados por interesses econômicos, seja de ordem pessoal, por possuir leitos naquela instituição ou questões institucionais, uma vez que tais profissionais mantinham vínculos empregatícios nessas instituições. Diante dos problemas decorrentes das avaliações externas, principalmente pelo PNASH, a equipe do CAPS, como funcionava como porta de entrada em saúde mental, passou a realizar também as avaliações de reinternações.

Até o ano de 1999, a única referência legislativa para a transferência de indivíduos institucionalizados para residências na comunidade era a Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995. Baseada nesta Lei, a nomenclatura utilizada era de “Lares Abrigados” (Brasil, 2004):

A gente tinha definido uma nomenclatura que era (...). Não existia Residência Terapêutica, nós chamávamos na época chamava Lar abrigado. Não existia legislação, não existia RT. Mas o lar abrigado ele já vinha com essa descrição de uma residência. Uma possibilidade de colocar essas pessoas inseridas na comunidade, uma vez que não existia RT. (T02).

Então, a gente anotava no prontuário do paciente LA para Lar Abrigado e PI, permanecer internado ou PII, que precisava de um tratamento, de uma assistência, uma condição, de um trabalho melhor para sair. Então foi muito interessante. Depois veio isso, sabe. Então, nós catalogamos todo mundo e aí pronto, ficamos com aquele negócio na mão. E agora, o que nós vamos fazer com isso? Aí, entendíamos que tínhamos que começar com o CAPS. (T02).

Em Minas Gerais, foi sancionada a Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995. Esta lei dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e determina a implantação de ações e serviços de saúde mental, estabelecendo a criação de Lares Abrigados. Já a portaria 251, de 31 de janeiro de 2002 estabelece as diretrizes para a classificação dos hospitais psiquiátricos e regulamenta a porta de entrada para as internações na rede do SUS (Brasil, 2004).

O Lar Abrigado era, tem que achar uma legislação porque ele é tão antigo! Ele sinalizava, eu acho que é a Portaria 251, não tenho certeza. A 251 parece que trazia alguma coisa, tem que dar uma olhada nos papéis de Portaria. Trazia alguma coisa referente ao Lar Abrigado porque era uma... era uma iniciativa de fazer uma casa para paciente psiquiátrico. Entendeu? Era isso, basicamente, o que tinha de fazer. E aí começa com o caminhar da Reforma e com a aprovação da 10.216 até que não influenciou muito nessa demanda não, mas com o caminhar da história aí, começou a ver que precisava de financiamento, precisava de uma Portaria específica. Sabe?! As pessoas começaram a fazer isso. Assim, Campinas começou a fazer Lar Abrigado. Alguns lugares já começavam com essa iniciativa, mesmo que sem financiamento. (T02).

Pouco tempo depois foi publicada a Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000 (Brasil, 2004), e uma das trabalhadoras que atuava na gestão municipal e na assistência teve acesso ao conteúdo expresso nesse documento e apresentou ao prefeito de Barbacena daquela época. A veiculação da proposta contida nessa portaria, de reestruturação do modelo de atenção em saúde mental no âmbito do SUS, possibilitou que diversos municípios pudessem oferecer uma assistência efetiva ao processo de reabilitação psicossocial que visasse à reintegração social do usuário à sociedade.

No final do ano, em um final de gestão, o prefeito chega até a gente e eu abordo, falo com ele que conheço essa proposta, aí sai a Portaria 106. Falo do início desse trabalho de levantamento, onde eu falava do Lar Abrigado, até nessa data é publicada a Portaria 106. E ela traz exatamente o que é uma Residência Terapêutica, ela institui, no SUS, o Serviço Residencial Terapêutico. Aí eu mostro para o prefeito e ele achou interessante. Achou... não sei o que aconteceu. Acho que conspirou em favor, né. Assim, as pessoas sem muita dimensão do que isso acarretaria e qual era esse processo. Mas era importante começar. E dali nós fizemos a primeira Residência, antes mesmo do CAPS ser inaugurado em março do ano seguinte. Então nessa Residência Terapêutica, nós, com nossa pouca informação, nosso início de processo, a gente achou que tinha que tirar uma pessoa de cada hospital. Tiramos uma de cada hospital de acordo com aquele perfil que a gente tinha feito anteriormente. (T02).

A cidade de Barbacena não teve “Lares Abrigados”. O conteúdo expresso pela Lei nº 11.802 direcionava para uma reflexão sobre casas inseridas na comunidade. O ponto fraco dessa Lei se refere à falta de clareza no que tange ao financiamento dessas residências. Essa justificativa é mencionada por uma das entrevistadas como central para ela não ter sido efetivada.

Aí veio um grande seminário “Saída Para os Fins, Saídas Para o Fim”. E aí as coisas começam (...) e tinha a Luta Antimanicomial também. Tinha não, tem. E tinha o povo que pensava. O povo que incomodava e que cobrava, e que queria. E tinha força política, Fórum Mineiro de Saúde Mental e toda a Luta Antimanicomial no Brasil é um período que vem à tona. Então isso tudo começa a aparecer com muita força e começa a ser pauta de todo mundo. Pedro, da Coordenação Nacional de Saúde Mental. Anos luz na nossa frente com relação à visão, sabe? O coordenador nacional que já tinha ido para o mundo inteiro, visto outras experiências. Então ele estava com isso muito claro, muito claro e começa a tentar a fazer com que a nossa prática, a nossa intenção começasse a virar Portaria. Então foi na época em que o Ministério mais fez Portaria de Saúde Mental! Mais publicou Portarias, normas. E aí começa, uma atrás da outra, sabe. E aí [quando] a gente começa a conciliar o que era feito, saía uma Portaria. As Portarias saíam com base em experiências que já existiam. (T02).

Campinas tinha Residência Terapêutica, nós fomos lá conhecer. Então, o Ministério pega essa experiência de Campinas e coloca no papel. E é assim que funciona nossa lógica. Tudo o que é regulamentado é porque alguém já fez. Fez e deu certo. Fez e foi positivo. Igual agora, que tem as casas de acolhimento. Enfim, tudo começa com relação a isso. Começa assim, de uma experiência para uma Portaria. (T02).

No ano de 2000, mesmo ano em que a Portaria nº 106 é publicada (Brasil, 2004), Barbacena contabilizou entre os meses de agosto a dezembro mais de 1.030 internações psiquiátricas, sendo 469 internações de indivíduos considerados pacientes crônicos e sem muita perspectiva de alta hospitalar. A publicação desta portaria foi essencial para que esses indivíduos pudessem ter uma possibilidade de retorno ao convívio social.

A entrevistada conta como ela teve conhecimento da Portaria:

Ela é publicada e eu vejo, ela chega nas minhas mãos. Ela chega nas mãos da coordenação. Porque era muito mais difícil, gente. Não tinha internet. Nós estamos falando de um tempo que... tá certo?! Que era complicado, você abrir, ver a publicação. Tinha que vir papel, a princípio, para você ter o documento. Tinha que sair do Ministério e chegar no papel. E até chegar na sua mão. Aquelas coisas. Alguém lembrava de você e mandava, sabe aquelas coisas? Não era fácil assim não. Então era isso. E com a publicação da 106, porque aí ela reúne, ela mostra como tinha que ser feito, ela diz como que tinha que ser feito.(T02).

O conteúdo expresso nessa publicação subsidiou a abertura dos SRT em Barbacena, uma vez que se instituiu, em âmbito nacional, os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Aqui em Barbacena deu um subsídio pra gente. Assim, foi o marco inicial. Foi ela. O que possibilitou. Porque o que ela traz... ela traz como que o serviço deve funcionar, como que a casa deve ser. Isso nós estamos falando em um outro momento. Ela traz muito claramente para a gente como tinha que ser feito. E eu achei interessante, porque nós não tínhamos nenhuma orientação nesse sentido. E ela traz o que foi de mais importante: que a cada leito fechado o recurso deve ser transferido para o teto do município, ela sinaliza onde que o dinheiro vai sair. Sem dinheiro você não consegue fazer nada, não. Sem ter clareza de onde o dinheiro vai sair, para o gestor, não faz nada, não. Porque ele é um administrador, ele tem que administrar um recurso. Não é nenhuma crítica aos gestores, não. Mas ninguém vai investir se não fornecer a forma disso. E aí a Portaria traz isso. Traz isso muito claro, eu acho que foi o marco inicial. (T02).

Apesar da normativa ainda ser pouco clara no que tange ao aspecto assistencial, a sua publicação foi fundamental para definir padrões mínimos de funcionamento, como o número de moradores e o custeio das ações.

A 106, acho que ela é... eu conheço ela profundamente nesse aspecto, porque o que ela traz: ela fala de uma casa, com oito pessoas, igual eu estava te falando, como que essa casa tem que ser. Ela não traz como que deve funcionar as relações, porque também não sabia não, gente! E ninguém vai trazer isso, não. Como que, se tem projeto terapêutico ou não. Era tudo. Ela não aponta o lado assistencial, ela aponta a logística de uma casa. Considerando que as pessoas teriam que ter entendimento, por isso que houve uma distorção desse funcionamento. Ela não traz nenhuma diretriz assistencial mesmo não. Nenhuma, né?! Ela fala assim, é uma casa com esse financiamento que a casa tem que ter isso, tem que ser fora, não pode ser em hospício. Ela sinaliza algumas coisas. Igual aos CAPS, ela sinaliza. Mas a assistência, ela tem que ser discutida, tem que ser vista por cada equipe. Mas eu acho que ela traz o que de melhor tinha na época. Nós estamos pensando muito tempo, né gente. Nós estamos pensando em uma iniciativa assim. Você tem que ver as situações da época, o que era possível compor. Entendeu? O que era possível. Tanto é que a 10.216, a Lei da Reforma, ficou tramitando muitos anos, porque era muito barrada. Então tem hora que você tem que ver o que você pode publicar, o que passa e o que não passa. Se você avançasse um pouquinho para ali, não passaria. (T02).

A entrevistada considera que apesar de a portaria não emitir muitas informações assistenciais, a sua publicação foi de extrema importância para os municípios. Ela sugere, ainda, que o conteúdo expresso na normativa tinha que ser restrito para evitar problemas com a sua aprovação.

Não passaria. Ela não passaria, por que de onde que viria esse usuário? Quem que ia habitar essa casa? Paciente de hospital, não é isso? E já tinha uma linha trabalhando para que isso não acontecesse, né?! Tanto é que a 10.216 saiu com vários cortes, pela lei Carlão. Foi muito enxuta. Foi totalmente. Não saiu o que não tinha jeito deles mexerem. E a única coisa que saiu na 10.216 é que essa população tem que ter uma política específica para ela, de desinstitucionalização, acho que de desospitalização. E, assistida. Reabilitação assistida. Ela aponta para esse caminho. Então, agora esse marco legal está fazendo diferença. Agora todo mundo quer saber por que os hospitais têm mais de vinte por cento de população atual. Até os procuradores da república. Agora fez uma causa, uma coisa que foi, já tem tanto tempo, agora causou mesmo, agora tá fazendo impacto isso. O Ministério Público tá em cima disso, né?! (T02).

A entrevistada aponta a Portaria nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011c) como um avanço para a ampliação dos SRT no Brasil, uma vez que dispõe no

âmbito da Rede de Atenção Psicossocial sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio para implantação e funcionamento destes serviços. Além disso, ela estabelece que o recurso seja destinado de acordo com a classificação da RT, tipo I ou tipo II.

Ela é a última que sai mais amarrada, com o financiamento mais definido. E na época a gente pensava nisso também, fazer. Essas questões de Portaria são questões, por isso que eu te falo, nós dos municípios começamos a questionar. A gente falava Residência Terapêutica de Alta Complexidade. Porque Alta Complexidade? Porque eram casas que tinham pacientes que precisavam de um cuidado mais intensivo. Precisavam da enfermagem. Que é diferente de uma Residência Terapêutica, onde os pacientes têm mais autonomia, estão mais prontos, entendeu? E aí quando a gente começava a questionar com o Ministério que o dinheiro não dava. Porque manter uma casa com pacientes autônomos e uma casa de dependentes ficava muito diferente o custo. E a gente começa a provocar, ele pega e faz o que eu te falei. Tudo vem de uma prática, né? Assim, não dá para manter uma casa com essa complexidade, com esse recurso. O Ministério vem e desvincula. Era uma luta antiga nossa. Desvincular, de ter um teto separado, de dar visibilidade a isso.

2.1 A Implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Barbacena

A articulação para a implantação da primeira RT ocorreu por meio de um diálogo informal entre os profissionais de saúde mental do município com o prefeito. Como a cidade gastava muito dinheiro com hospitalização psiquiátrica, o convencimento foi realizado pelo demonstrativo de custos. Assim ocorreu a implantação da primeira RT. Segundo os trabalhadores, sem muita burocracia.

Foi uma conversa que eu tive com ele [o prefeito] e falei vamos apostar nessa ideia? E ele faz isso sem muita burocracia, no finalzinho de uma gestão municipal (T02).

A gente chegou até a fazer uns levantamentos na clínica privada que está sendo investigada hoje. Nós fizemos levantamentos e esse prefeito ficava bravo porque gastava dinheiro demais com psiquiatria em Barbacena e ele começou a ficar com muita raiva. (T01).

E aí foi implantada a primeira Residência Terapêutica ainda nesse tempo, tá? Que foi com uma paciente, Joana [nome alterado], do Xavier, com a Maria [nome alterado], com a Aparecida [nome alterado] e com a..., ah! Andréia [nome alterado]. Foram as quatro, é, isso mesmo. Foi a primeira Residência Terapêutica que teve aqui. Tá? É, foi isso mesmo, aí essa que foi a primeira. Depois que eu entrei na coordenação é que veio a segunda Residência. (T01).

A análise desses trechos nos permitem dizer que a ausência de burocracia referida pela entrevistada se referia apenas a “aceitação” dos gestores do município a época em propor uma alternativa com menores custos. Dessa forma, a implantação da primeira Residência Terapêutica em Barbacena teve vários problemas. Inclusive, os entrevistados mencionam que parte dos profissionais que estavam na gestão tinha uma forte ligação com os hospitais psiquiátricos do município. Do ponto de vista estrutural, logístico e assistencial, os profissionais envolvidos passaram por diversas dificuldades, entre as quais, os desafios em sustentar uma política de assistência à saúde mental distinta daquela utilizada neste período, além dos impasses políticos, econômicos e culturais.

Não foi realizado um projeto específico para a implantação da primeira RT. Gastavam-se milhões de reais com as internações psiquiátricas.

O primeiro projeto foi meio que a bancarrota mesmo. Estava saindo a reforma, a gente não tinha uma coordenação de saúde mental ainda. Existia um gestor, que na época formou uma equipe [nomes cortados]. Aí eles começaram a visitar os hospitais, fazer um levantamento desses sujeitos e cada serviço apontou uma, duas pessoas para essa saída. (T03).

Então assim, “Vamos tirar”, sabe. “Então tá, vamos fazer o quê?”. Então vem um [paciente] do sanatório, um da Clínica x, um da Clínica y, um da FHEMIG, um... sabe, essas coisas. E aí, fizemos a primeira Residência Terapêutica. Toda, assim, com muita boa vontade, mas totalmente equivocada na concepção inicial. Hoje a gente tem essa leitura. Amadurecemos isso, percebemos que deveria ter um núcleo, as pessoas deveriam ser pessoas mais próximas. Como pegar cada um de um lugar, isso foi tudo inexperiência. (T02).

Quando nós fizemos a primeira casa não tínhamos a dimensão de onde chegaríamos, não. Sabe, ninguém podia imaginar o que podia acontecer. E nem tínhamos isso planejadinho, não. O que a gente tinha era a certeza que tinha que ser diferente do que era. Mas, então começa esse trabalho. Aí nós constituímos uma equipe própria, porque tinha que ser uma equipe própria primeiro, porque foi antes do CAPS existir.

Para a implantação dessa primeira RT, foi solicitado às instituições psiquiátricas que indicassem um paciente que reunia melhores condições para assumir a primeira moradia. O encaminhamento dessas pessoas não ocorreu por critérios técnicos e/ou de independência do paciente e, sim, as pessoas que eram tidas pelos próprios hospitais psiquiátricos como as mais “difíceis”. A entrevistada avalia que esses encaminhamentos

ocorreram de forma incoerente, escolhendo os indivíduos que as próprias clínicas gostariam de se ver livre. A hipótese era que o encaminhamento das pessoas mais “difíceis” poderia contribuir para que a proposta de implantação de SRT no município não fosse adiante. Essa postura foi tomada pelo fato de parte dos profissionais e gestores envolvidos não acreditarem na possibilidade de reabilitação psicossocial de indivíduos institucionalizados por décadas.

Eu me lembro que na época essas pessoas eram, assim, difíceis e de hospitais. Eu acho que elas foram encaminhadas, porque olha: Joana veio do Hospital privado X, uma pessoa muito difícil. Até já faleceu. Uma pessoa difícil, sabe. Ela tinha uma deficiência física grave. A Andreia do Hospital S, a Maria e a Aparecida da Clínica Y. Espera aí, a Maria se não me engano, também era do Hospital X. Eu sei que eles encaminharam as pessoas que tinham uma... eram as mais difíceis para ficar livres.[nomes alterados] (T01).

Essa postura foi interpretada pela equipe que estava atuando no projeto de implantação dos SRT como uma possível sabotagem:

A médica psiquiatra era uma pessoa enfiada em hospício até aqui (entre risos). Nossa, ela não tem nada de antimanicomial, não tem nada, nada, nada. Mas foi o prefeito que colocou ela nesse lugar para fazer isso. (T01).

Ele estava achando que estava gastando muito dinheiro com saúde mental, com psiquiatria, com raiva de dono de hospital, foi uma coisa por aí. Não foi uma coisa que veio de um projeto, nada disso. Não teve isso, não. Aí teve esse bancamento. (T01).

Apesar das diversas dificuldades que surgiram com a implantação diante das possíveis “sabotagens”, o projeto deu certo. O encaminhamento das pessoas consideradas mais “difíceis” poderia desbancar o investimento técnico que a equipe de saúde mental tinha como proposta, de reabilitação psicossocial:

Vocês estão vendo? Isso não funciona [as RT]! Só que funcionou, né? Funcionou, com todas as dificuldades, funcionou. (T01).

Apesar de todas as dificuldades apresentadas nas entrevistas, foi enfatizado o apoio de uma trabalhadora efetiva da prefeitura, que contribuiu de forma significativa para que a primeira RT funcionasse. Os trabalhadores mencionaram, ainda, que como a implantação

da primeira RT ocorreu em final de mandato político de prefeituras municipais, a presença dessa servidora efetiva na saúde mental garantiu a continuidade da proposta no período de transição de governo.

Então, ela [essa servidora municipal] é que segura a onda quando muda de uma gestão para outra. Por que como ela é efetiva, então todo mundo sai, mas ela continua, né? (T01).

A primeira RT foi inaugurada oficialmente no dia 20 de novembro de 2000.

Eu acho que é importante a gente começar a pensar a contextualizar a reforma em Barbacena. Ela vai ter início no ano de 2000, no finalzinho de uma gestão, aí sai uma primeira casa, que é uma casa que foi um projeto piloto e que ela não poderia dar errado nunca, pela própria história de Barbacena. (T03).

Com relação aos problemas enfrentados com a implantação da primeira RT, os trabalhadores entrevistados argumentam que foi um erro da equipe ter aceitado os encaminhamentos que as instituições psiquiátricas fizeram, sem um trabalho intensivo prévio com as instituições e com os próprios pacientes, futuros moradores dos SRT. Eles acreditam que muitos problemas poderiam ser evitados se tivessem averiguado os possíveis vínculos que os futuros moradores possuíam uns com os outros. Apesar de terem ocorrido diversos problemas, o SRT se mostrou eficaz. Essa trajetória foi importante para que os próprios profissionais refletissem sobre novos parâmetros de trabalho com esse público, propiciando o planejamento de implantação para novas RT.

Qual foi nosso grande erro? A gente tirou um morador, um paciente de cada hospital. Então esse sujeito sai com a história de vida daquela instituição, né? E ficaram muito tempo naqueles hospitais, então tem toda uma trajetória de vida ali dentro. As pessoas não se conheciam e são colocadas numa mesma casa. (T03).

Na época foram cinco moradoras e as relações eram complicadas em função disso, por não se conhecerem e cada um trazer uma trajetória de vida hospitalar. Outra questão, que na casa, como não podia dar errado, porque quando a gente começa a falar da reforma aqui em Barbacena, a cidade inteira fica em polvorosa. (T03).

Começa esse mapeamento, essa primeira casa sai. Foi no finalzinho de uma gestão, foi em novembro. (T03).

Porque esse foi o ponto. Tipo assim, aconteceu a oportunidade, vamos ficar? O grupo já estava começando a caminhar para isso e o que foi muito gratificante, porque a gestão seguinte estava totalmente envolvida nesse projeto. Eu falo que foram quatro anos, assim, que Deus pôs o pé aqui, porque tinha uma equipe toda voltada para isso, a gestão entendeu que seria o caso e deu muito apoio. Então, nisso veio a primeira casa, que foi em novembro, quer dizer, em dezembro, já no mês seguinte, daí dois meses, já era uma nova gestão, com uma possibilidade já diferente. (T03).

E as relações eram conflituosas nessa casa, porque eram pessoas que não conviviam. Quer dizer, o correto eram tirar cinco pessoas da Clínica y, cinco não sei de onde. Tipo, que já constituísse algum tipo de vínculo. Já tivesse. Então esse era um processo penoso para a gente. (T02).

Uma das principais dificuldades apontadas pelos entrevistados foi com relação ao preconceito. Barbacena possuía o “hábito” de institucionalizar, e quando uma equipe de profissionais propôs um contraponto, feriu os princípios da cultura local, emergindo todo tipo de medo na forma de preconceito.

Tem a questão do preconceito, de você imaginar assim, nossa! a violência vai aumentar, vai aumentar o número de suicídios, os profissionais vão ficar desempregados porque estão fechando hospitais. (T03).

Como se tratava de um projeto que não poderia dar errado,

Essa casa era uma casa muito resguardada, ela tinha enfermagem, hoje já não tem mais. Ela tinha médico de referência, sabe, era muito cercado isso. Era um medo que a gente tinha também disso não dar certo, a inexperiência. Então, nós fizemos um... quase que um... não saberia nem te definir o que foi a primeira Residência não. (T02).

Uma equipe multidisciplinar foi contratada para atuar no primeiro SRT. O objetivo era resguardar ao máximo os moradores provenientes das instituições psiquiátricas. A proposta de implantação de uma casa acabou sendo direcionada por práticas manicomiais e os cuidados se assemelhavam àqueles oferecidos nos hospitais. Além disso, não foi realizada articulação com outras políticas públicas disponíveis no município e até para a implantação da primeira RT foi necessária uma vistoria da vigilância sanitária. A primeira

RT implantada em Barbacena foi comparada pelos entrevistados com um “mini-hospital”, uma “miniclínica”.

Então vem todo esse imaginário social também e a gente, como era um projeto piloto, a gente não podia errar. Então nessa casa tinha um médico, um assistente social, um psicólogo, quatro técnicos de enfermagem, quer dizer, a gente fez um mini-hospício. Uma miniclínica dentro de uma casa. E à medida que a gente vai entendendo como que essa coisa funciona, a gente começa a fazer uma parceria com a FHEMIG que tinha um interesse. (T03).

Após um período pequeno de funcionamento, a própria equipe que atuava nos SRT passou a perceber os problemas com a primeira RT:

E com o passar do tempo nós começamos a perceber os equívocos. Começamos a tirar a equipe de lá, começamos a achar que tinham que ser atendidos na rede. Começamos a colocar, o CAPS começou a ser referência, em março. Aí você começa a olhar com distanciamento, né. Falar “Ô gente”. (T02).

Durante a realização das entrevistas, percebemos que a implantação da primeira RT ocorreu diante de muita pressão, advinda principalmente de pessoas com interesse que o projeto não fosse adiante. A população barbacenense visualizava que o fechamento dos hospitais poderiam trazer consequências negativas para o comércio como o desemprego, além de temer que indivíduos com transtornos mentais ficassem pelas vias da cidade sem receber tratamento. Além disso, o fechamento de leitos em clínicas psiquiátricas representava queda no faturamento destas instituições. Todos os trabalhadores entrevistados mencionaram que se sentiram pressionados para que a proposta dos SRT fosse uma experiência positiva.

Mas também a gente tinha uma preocupação porque tinha que dar certo. Porque em Barbacena, a pressão era muito grande. A pressão era muito grande. Quando você começa um movimento desse, onde inevitavelmente você vai mexer com propriedade, com dinheiro das pessoas, entendeu?! Onde você tá tirando, fechando leito de hospital público e privado, isso causa um mal-estar muito grande, a pressão muito grande. Então, nós cercamos de todas as formas. (T02).

Outra dificuldade apontada pelos entrevistados com relação à proposta de implantação das RT se refere à logística de funcionamento. O principal problema se justificava pela morosidade dos processos licitatórios, relacionados à administração pública, necessários para a aquisição de suprimentos essenciais para a manutenção de uma RT.

Era difícil porque o município é extremamente complicado, principalmente para manter e licitar. Ainda não tinha a parceria com a ONG, o Instituto Bom Pastor. Então era um sofrimento. A CEMIG cortava luz e não tinha como bancar as coisas porque licitar no município é muito difícil. A ONG entrou depois. A gente já estava pensando nessa possibilidade quando eu ainda estava lá. Em ter um serviço assim, como uma ONG para poder assumir essas coisas sem que tivesse que passar por esses processos licitatórios. (T01).

A burocracia da gestão pública em realizar as transições necessárias, como o pagamento de aluguel, água, luz, telefone e compras do gênero alimentício foram apontados como dificultadores para a expansão dessa modalidade de tratamento:

Quando eu saí, já tinha mais duas casas alugadas sem que a gente tivesse condição de transferir as pessoas para lá por conta da dificuldade de pagar aluguel. Era aluguel atrasado, conta de luz atrasada. Era um verdadeiro terror. Mas nesse meio tempo o que acontece? Eu quero até falar disso. O secretário municipal, que era o gestor, demite uma de nossas representantes da equipe [que era coordenadora do CAPS]. Isso causa uma série de demissões no CAPS que passaram a ser por critérios políticos. Os vereadores voltam a interferir nas contratações na saúde mental. (T01).

O problema da burocracia da gestão pública é resolvido com o convênio firmado, em junho de 2003, com uma ONG – Instituto Bom Pastor, que será mencionada mais adiante, em tópico específico.

Quando eu saio, o outro coordenador de Saúde Mental assume, ele era da nossa equipe, e ele contrata uma ONG para articular aquilo que já vínhamos pensando lá atrás. É um Padre bacana. É um serviço muito legal e, a partir daí, começa a aumentar o número de Residências Terapêuticas com essa facilidade de poder estar assumindo financeiramente as contas. E, vem também o Programa de Volta para Casa. Barbacena é contemplada com esse Programa, não é? O BPC [Benefício de Prestação Continuada] também, que

ajuda muito os pacientes a terem o padrão de vida que eles têm hoje, de autonomia que eles têm. É um programa que eu acho que Barbacena assumiu legal. Eu tenho essa avaliação. (T01).

A segunda RT é montada oito meses após a implantação da primeira RT, sendo inaugurada no dia 01 de agosto de 2001.

Aí entre a primeira e a segunda casa, parece que ela sai em julho ou agosto. Aí a gente já começa. Já estava borbulhando isso tudo e a FHEMIG foi uma grande parceira, apesar de ela ter sido, em momento anterior, o grande caos da saúde com as internações, com as doideiras, com as coisas que aconteciam lá. Foi também o hospital, pela equipe que tinha, que começa a se mobilizar, até porque o público é diferente do privado, né? O público não tem o interesse financeiro, não é uma área como a gente chama, uma empresa da loucura, né? Então eles têm outro viés. E nessa época, eu trabalhava lá, eu e um monte de pessoas que estavam fazendo essa dobradinha. (T03).

A implantação da segunda RT seguiu uma lógica distinta da primeira. Os trabalhadores enfatizam que foi através do aprendizado e dos erros cometidos com a primeira experiência que possibilitou que o formato fosse alterado para melhor. Os trabalhadores apontam que eles não tinham nenhuma referência de assistência em serviços substitutivos, de caráter residencial, para se basear, e a única alternativa era trabalhar com as experiências pessoais, tendo como base a sua própria casa.

Assim, foram avaliados os vínculos que os futuros moradores possuíam, os interesses pessoais com relação ao grupo que iria morar junto. Iniciou-se um trabalho de reabilitação psicossocial antes mesmo de a pessoa sair da instituição psiquiátrica, apresentando temas cotidianos e convivência familiar e comunitária. Outra alteração importante se refere à estrutura logística de contratação de pessoal: deixaram de ser priorizados os profissionais com formação na área de saúde, denominados de cuidadores. Passa a ser exigido apenas o ensino médio como escolaridade mínima para a contratação de profissional para executar essa função. Passam a ser utilizados os próprios profissionais disponíveis na rede assistencial do SUS, como médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros. Nessa modalidade, são contratados ainda profissionais com formação superior em Serviço Social e Psicologia que vão atuar como técnicos de referência e contribuir no gerenciamento dessas moradias.

Mas essa casa sai [segunda RT], já dentro de outro formato, quer dizer, eram pessoas que se escolheram, que já tinham um vínculo afetivo, que foram trabalhadas algumas questões, então elas vão formar essa segunda casa. E nessa segunda casa, a gente já entende que não dá mais para ter uma equipe dentro da casa. A gente está falando de casa, né? E lá não é um serviço, é uma casa, então que os arredores, como qualquer outra casa, a gente pensando na comunidade, na Estratégia da Saúde da Família, que esse sujeito, ele vai circular pelo bairro dele. Então a gente muda inclusive a lógica. Tira essa equipe de dentro da casa. Aí passa a ter, são quatro cuidadores, porque a gente trabalha com 12 por 36. Então são dois cuidadores em dias alternados, dois cuidadores em noites alternadas. E aí você começa a trabalhar todas as questões. (T03).

Aí a segunda foi de pacientes da FHEMIG que já se conheciam e que já tinham um vínculo. E foi mais tranquilo, sabe? E aí, ao mesmo tempo em que a gente fazia isso, a gente tinha a preocupação de preparar a comunidade para isso, para onde essa casa ia. (T02).

Os trabalhadores relatam que apesar de a segunda RT ter seguido critérios distintos em termos assistenciais, a dificuldade no que tange ao aspecto estrutural e logístico permaneceu. As principais dificuldades estavam relacionadas à ligação que os SRT ainda possuíam com a prefeitura municipal. A morosidade em dar andamento em compras de gênero alimentício e pagamento de contas essenciais foi apontada como o principal dificultador, uma vez que dependia de processos licitatórios que tinham que se submeter aos prazos legais previstos nas legislações municipais.

Outra dificuldade se refere à imagem que a própria prefeitura municipal de Barbacena possuía frente aos seus credores, com históricos de falta de pagamento aos fornecedores e aos servidores municipais. Diante dessa imagem, poucos proprietários de imóveis alugavam casas para a prefeitura. Os proprietários temiam pela falta de pagamento e preferiam não alugar imóveis para o serviço público. Em relação aos trabalhadores, a situação era ainda pior. Os trabalhadores do município chegaram a ficar até seis meses sem o recebimento dos seus proventos, fato que também influenciava na rotatividade de profissionais. Com essas características, o trabalho e a manutenção dos SRT se tornavam precários. Essa situação só foi parcialmente resolvida após o convênio com o Instituto Bom Pastor, a partir da implantação da terceira RT.

Com tantas dificuldades e diante da precariedade da logística de funcionamento das RT, a implantação da próxima RT demorou quase dois anos. Durante esse tempo, os

profissionais trabalhavam com a possibilidade de realizar uma parceria com alguma ONG que pudesse administrar os recursos que eram destinados aos SRT. Essa parceria facilitaria o processo de aquisição de alimentos, pagamento dos aluguéis e das contas da RT. Pensava-se que a contratação de cuidadores também poderia ocorrer por essa via com o objetivo de oferecer garantia de pagamento aos trabalhadores destes serviços.

2.2 A parceria com o Instituto José Luís Ferreira

Com a crescente demanda dos SRT e diante das dificuldades de gerenciar a logística das RT, em junho de 2003, é feita uma parceria com a ONG intitulada Instituto José Luís Ferreira, que passa a realizar o gerenciamento das RT. Devido ao espaço físico deste instituto ser nas dependências da igreja Bom Pastor, essa ONG também ficou conhecida no município como “Instituto Bom Pastor”.

(...) nós não estávamos dando conta de gerenciar a logística das casas, porque era assim, luz tinha que pagar, água tinha que pagar. E aí eles me chamaram um dia e falaram: “você tem que fazer um planejamento de carne para o ano seguinte, você tem que descrever quantos quilos de carne você vai precisar e por tipo”. O ano inteiro. Eu falei: “Não consigo fazer isso dentro da minha casa, não faz isso comigo não”. (T03).

Aí em 2003, em junho, é feito o convênio com a ONG e a abertura do Centro de Convivência já para a gente conseguir acolher esse “boom” que ia sair em dezembro. (T03).

Até a implantação da terceira RT, toda logística era realizada pelo município. Isso gerava uma série de transtornos para os trabalhadores.

E aí é interessante a gente colocar porque até a terceira casa era tudo via município. Então você imagina o que é ter três casas, essa terceira casa, para vocês terem ideia, nós alugamos a casa, ela ficou um ano para as pessoas saírem. Alugada e vazia, porque quando você aluga pelo município, eu preciso da vigilância epidemiológica, eu preciso que o engenheiro vá lá ver se ela tem condição, se ela não tem. É uma burocracia grande demais. (T03).

Uma entrevistada aborda as interferências do poder legislativo para a realização de contratações, denominada por ela como ato politiquero de contratação de pessoal como

uma das principais dificuldades enfrentadas nas RT de Barbacena antes da parceria com o Instituto José Luiz Ferreira. Esse viés de contratação foi avaliado como negativo, uma vez que impossibilitava a continuidade dos serviços.

Tinha a questão orçamentária, a questão de licitação, a questão de credibilidade, a questão da politicagem. Porque o que acontece, essas pessoas... vamos pensar na politicagem. Como que isso se dá? Quando esse sujeito é indicado por terceiro, então o vereador indica um cuidador. Essas coisas que a gente sabe muito bem como funciona. Aí esse vereador sai ou ele briga com o prefeito e tira-se essas pessoas e colocam outras. (T03).

Outra dificuldade era com relação aos processos licitatórios:

A questão da licitação. Imagina que chegava outubro, a gente tinha que imaginar quantos quilos de carne que eu ia gastar no outro ano, quantos modess. Como que você vai comprar cigarro em uma unidade de saúde? Como que você vai comprar cigarro para essas pessoas? E a credibilidade mesmo para se alugar as coisas e tal. E aí tinha um viés dentro da lei, que a gente poderia fazer parceria com alguma instituição filantrópica ou uma ONG. (T03).

Com o fechamento do Sanatório de Barbacena e com a desativação de um Módulo Residencial no CHPB, foram implantadas várias RT em um curto espaço de tempo. Segundo os trabalhadores entrevistados, a parceria com o Instituto Bom Pastor é que possibilitou a ampliação destes serviços.

E aí, nós começamos a entender que precisávamos de um parceiro. A 106 sinalizava para essa direção, que podia ter um parceiro, uma ONG parceira, e aí conseguimos que o Instituto Bom Pastor abraçasse essa causa, das Residências Terapêuticas. E aí começa a facilitar um pouco. Desonera um pouco, nós, os técnicos, dessa questão da logística, do aluguel, da alimentação, do cuidador, que é contratado pela ONG. (T02).

Em 2003, também a gente consegue, através do PNASH, fechar um hospital, que é o sanatório. E aí a gente tinha um “boom” de sessenta e poucas pessoas para sair, e, atrelado a isso, as pessoas da FHEMIG, que também iria fechar mais um módulo de moradoras. Então formariam oito casas e aí isso é importantíssimo. Essa parceria era essencial, essa ONG já fazia um trabalho voluntário e foi muito interessante porque ela tinha um Centro de Convivência que era da comunidade, mais ligada à igreja e a um padre, que tinha um olhar

muito interessante, e uma diretora. Aí a gente entra e começa a conversar sobre a possibilidade dessa ONG virar parceira nossa. Então essa ONG, que é o Instituto José Luís Ferreira, ela passa a ter toda a logística de extrativo. Então ela cuida das casas, do contrato de cuidador. O cuidador passa a ser contratado pela CLT, é alimentação, água, luz, telefone. Isso favoreceu, assim, eu acho que é um dos diferenciais de Barbacena, porque você vê, eu tenho hoje cuidador que está comigo desde 2000. Que a gente conseguiu manter. (T03).

Aqui na prefeitura não existe esse cargo de cuidador. Então, foi tudo assim. Nós fomos funcionando à medida que as coisas foram crescendo e a gente foi adequando. Então, não tinha nada pronto. (T01).

Desde a realização da parceria com o Instituto Bom Pastor, toda a administração da RT fica sob sua responsabilidade. Porém, o trabalho técnico e assistencial continua sendo realizado pela prefeitura, inclusive a contratação destes profissionais e o vínculo empregatício é pela estrutura municipal. Já a contratação de cuidador é realizada pelo instituto via CLT (Consolidação das Leis Trabalhadas).

Então, quando a gente fala da ONG, essa logística administrativa é toda dela, mas a assistência é toda nossa. Por exemplo, contratação de cuidador, contratação de equipe, é nossa. O que o instituto vai fazer é a legalidade disso, é assinar carteira, é ver licença médica, férias. A gente tem uma planilha do que vai ser levado para as casas ou não. E é um parceiro hipercomprometido também. Então isso tem um ganho, mas a assistência é toda nossa. Nada é posto na mão deles. Então demissão nenhuma, contratação nenhuma não passa por eles antes de passar por nós. (T03).

Foram apontados dois diferenciais que Barbacena possui como responsáveis pelo *status* que os SRT possuem atualmente: a parceria com o Instituto José Luiz Ferreira e a organização do trabalho dos cuidadores e das referências técnicas. Assim, as RT possuem uma referência técnica para cada três a quatro casas. Ela é responsável pelo acompanhamento e monitoramento assistencial das RT sob sua responsabilidade.

E segundo porque a gente achava que tinha que ter um diferencial. E eu acho que esse diferencial nessa cobertura, de técnicos só para as Residências fez com que Barbacena tivesse esse destaque tão grande. Porque os técnicos na verdade, acompanham isso muito de perto, eles estão na casa todo dia, eles estão com o cuidador todo o dia, eles conseguem ver a dinâmica que a casa, como que a casa está funcionando.

Além disso, os SRT possui uma coordenação, que também acompanha o trabalho dos técnicos de referência:

A coordenadora das RT circula, chama semanalmente as técnicas de referência. E a gente faz isso semanalmente até hoje. E toda semana esse grupo discute questões burocráticas, questões de ordem, mas discute as questões existenciais também. Aqui isso não tá bom, isso não está funcionando. É, precisa melhorar nisso. Sabe? E o tempo inteiro eu estive, assim, o tempo inteiro eu fico nesse contraponto, sabe.

No dia 02 de junho de 2003 foi inaugurada a terceira RT, composta por moradores de mais uma instituição psiquiátrica que já estavam sendo preparados para a sua inclusão nos SRT:

Em 2003 sai a terceira casa, que também são moradores da FHEMIG. E aí é interessante porque essa casa se constitui porque uma das pacientes não aceita ir morar na segunda casa. E foi prometido para ela que, no seu tempo adequado, ela teria uma casa para poder morar. (T03).

O tempo entre a implantação da terceira RT para a implantação das próximas oito RT foi de apenas seis meses. Isso ocorreu devido ao fechamento do Sanatório de Barbacena e à desativação de um pavilhão no CHPB. As oito RT foram montadas e inauguradas no dia 16 de dezembro de 2003.

Da quarta para frente. E aí, eram oito casas que teriam que sair dali. Tá? E a gente tinha de fazer oito casas em seis meses. O Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), era um termo do Ministério Público e nós tínhamos que cumprir naquele período.

Só que nós fomos surpreendidas nesse percurso. A gente tentando fazer as coisas tudo bonitinho, arrumadinho, “vamos fazer um projeto piloto aqui, vamos melhorar na segunda”. De repente, veio o fechamento do sanatório pelo PNASH, pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar que desqualifica o sanatório para trabalhar como hospital psiquiátrico. E tinha sessenta e três pessoas lá. Nós vamos ter que nos haver com isso. Era, sabe, tinha que dar saída nesse caso. (T02).

Os profissionais entrevistados argumentam que o trabalho realizado no processo de desinstitucionalização dessas pessoas é lembrado como um divisor de águas para as suas carreiras. O trabalho realizado, apesar de ser intenso, foi caracterizado como emocionante.

Nos trechos abaixo são apresentadas algumas narrativas de suas experiências pessoais com o trabalho desenvolvido durante esse período:

Eu fui a primeira a entrar no hospital quando eu fui tomar pé da situação. Não era a coordenadora, tá? Mas eu sempre fui uma pessoa do planejamento. Da compreensão do que teria que ser feito. Como é que a gente ia abordar. Fui conhecer porque eu não conhecia (...) e eu cheguei, e falei: “olha, a gente vai precisar ver quem são essas pessoas, como é o hospital”. E quando eu chego lá, eu fico em estado de choque! É... me causa um mal-estar muito grande e eu começo a perguntar. (T02).

Fiz algumas perguntas de logística para saber do que a gente iria precisar, isso numa dimensão totalmente inocente, sabe? E aí você tem um impacto quando você chega. E alguém fala assim: “Como é que é a comida?”. Isso eu falando com o pessoal que trabalhava no hospital, com o trabalhador. “Ah, como é...”. E as pessoas começam a perceber que como o negócio já tinha desandado, já tinha descredenciado, já não tinha como mais tentar salvar o hospital dentro desta perspectiva. As pessoas começam a relatar assim como é a verdade. Falar do que de fato acontecia. (T02).

Diante da possibilidade do desemprego, os próprios trabalhadores do Sanatório de Barbacena começaram a verbalizar as dificuldades que a instituição passava e o tratamento desumanizado que era ofertado aos internos.

Então era assim: cinco litros de leite, dez quilos de carne, uma quantidade de toalha de banho, uns trem... Eu olhava aquilo, e falava “Gente, como assim?”. Sessenta e três pessoas, o leite não dava, a carne não dava, nada dava. (T02).

Como o tempo para realizar a desinstitucionalização dos internos do Sanatório era pequeno, os trabalhadores que atuavam na saúde mental do município foram transferidos para dentro de instituição. Os profissionais demarcam um período de trabalho intenso.

Nossa equipe trabalhou lá durante uns seis meses, foi transferida toda saúde mental lá pra dentro, né? Todos nós. Para trabalhar a saída deles, porque a gente entendia que se não fosse um grupo que tivesse isso muito claro, não acontecia. Não dava pra terceirizar isso. (T02).

E nós fomos pra lá, nossa equipe, mais algumas contratações. A enfermagem foi contratada, contratou-se gerentes (...). Nós trabalhávamos, assim, permanentemente, fazendo contato com a família, tentando fazer o convencimento da família de estar levando esse paciente para casa. (T03).

Ofertando o De Volta para Casa que sai um pouco depois. Não sai já para as primeiras casas. Esse auxílio nos dava uma possibilidade de argumentação com a família. “Ele está bem, está estabilizado. Leva, né! Tem uma bolsa no valor de tanto”. Na época, acho que era de trezentos e vinte reais. E assim, amarrando com o CAPS para onde ele estava indo, para o serviço de saúde mental. Mas a gente não tinha muito sucesso nisso, não. Foram muito poucos os que foram embora para casa. E alguns que foram, foram até internados em outros locais. A família realmente não... é parceira, não aceita, é uma dificuldade. Então nós ficamos com um grupo lá, e tinha um grupo difícil, de manejo difícil, um grupo de deficiente mental grave, sabe? Tinha um grupo que podia ir embora, um grupo para Residência. Então, nós começamos a fazer o mesmo trabalho. (T03).

A experiência da equipe técnica responsável pelo processo de desinstitucionalização psiquiátrica do Sanatório de Barbacena, em consequência do seu fechamento, é relatada da seguinte forma em uma das entrevistas:

Porque no sanatório, quando a gente entra, a gente chama família por família, conversa, fala da reforma, fala qual que é a nossa pretensão, o que é uma Residência Terapêutica, como a gente vai fazer isso. Algumas famílias aceitavam rapidamente, outras não, tinham muita dificuldade. Foi um trabalho árduo, porque o medo, o que se dizia, essas pessoas vão para as RT, daqui a pouco vão ser abandonadas, tipo como foi feito nos Estados Unidos, vão ser moradores de rua. (T03).

Os entrevistados se emocionaram em vários momentos durante a entrevista. Foi possível perceber o entusiasmo ao contarem um pouco da sua experiência com os moradores dos SRT. Os trechos abaixo foram ditos com imensa alegria e com os olhos lacrimejando. É principalmente nos relatos do trabalho assistencial que os profissionais expressam os mais variados sentimentos, usando as palavras de uma trabalhadora: “*aí que as coisas ficam boas*” (T03).

Era muito bacana. Só para vocês terem ideia, na segunda casa quando saem, vai chegando a tardinha, nada de ninguém acender a luz, aí as moradoras perguntavam que horas que as luzes se acendem. Elas nem sabiam que alguém acendia a luz, para elas, era uma coisa meio que automática, né? Escurecia, as luzes se acendiam. (T03).

Eles comem muito abacaxi picado, a fruta picada [na instituição psiquiátrica]. No dia que eles viram abacaxi inteiro, eles não acreditavam que era a mesma fruta. Então era um barato você descascar o abacaxi: “oh, é mesmo!”. O primeiro sachê de Ketchup, mostarda, essas coisas eram coisas que eles não tinham vivência. E aí depois a gente entra meio assim, aí que as histórias ficam boas mesmo. (T03).

Nas narrativas dos trabalhadores entrevistados foi possível perceber que o sentimento de “segurança” na atividade que era realizada por eles foi fortalecido a partir das experiências que a equipe foi adquirindo ao longo dos quatro anos desde a implantação da primeira RT. Conseqüentemente, a implantação de novos SRT foi tratada sem maiores percalços. Dessa forma, essa experiência possibilitou que, só no ano de 2004, dez RT fossem implantadas em Barbacena. Estas, por sua vez, foram inauguradas: uma no dia 24 de julho, uma no dia 11 de novembro e oito RT inauguradas no dia 16 de novembro.

A partir daí veio gradativamente a décima quarta casa. A décima quarta casa também foi uma casa que ela vem com algumas pessoas da FHEMIG, mas aí eu já vou ter outros, eu tenho um desses moradores, desses que eram do sanatório e que estavam sofrendo maus tratos e que a gente resgata, vai pra essa casa. É uma casa que hoje, ela tem um formato diferente: um morador que veio dos Estados Unidos, eu tenho um andarilho, é uma outra composição dentro dessa casa. (T03).

A implantação da décima quinta e a décima sexta RT ocorreu com a saída de pacientes da uma clínica psiquiátrica privada e conveniada com o SUS, após a intervenção do Ministério Público. Os trabalhadores envolvidos no processo de desinstitucionalização psiquiátrica de Barbacena atuavam como protagonistas em diversas intervenções nas clínicas psiquiátricas do município, com o objetivo de retirar do asilamento os indivíduos que reuniam condições mínimas para a sua ressocialização.

Eu tinha ido lá na Clínica Y para tirar 26 pacientes e a gente consegue tirar 13, e mesmo assim, porque a gente entrou com polícia, com promotor, com

cachorro, sabe, é quase que uma barganha mesmo. E aí então a gente forma a décima quinta e a décima sexta [RT], sendo uma casa feminina e uma masculina com usuários que saíram de lá. (T03).

A implantação da décima sétima RT ocorreu mediante conflitos, pois se tratava de um público idoso. Alguns profissionais da área de medicina não quiseram assinar a alta hospitalar. Assim, a equipe trabalhou para que a desinstitucionalização dessas pessoas se concretizasse. Porém, a saída de pessoas idosas gerou polêmica e dividiu a opinião das equipes que atuavam.

E depois vem a décima sétima, que já é com idosos. E aí a gente teve muito problema, por exemplo, com o médico que não queria assinar a alta. A gente tira com alta administrativa. O médico não quis assinar, mas a equipe bancou. (T03).

No ano de 2004, mais uma Clínica Psiquiátrica é fechada no município. Ela mesma pede descredenciamento do SUS e a equipe de saúde mental deu início a suas atividades no local, a fim de fazer o trabalho de desinstitucionalização. Como a iniciativa de descredenciamento partiu da própria instituição, a equipe que trabalharia nesse processo considerava que o trabalho seria menos árduo que com o fechamento do Sanatório de Barbacena. Porém, não ocorreu da forma que esperavam e foi realizado o processo de transinstitucionalização dos pacientes internados nesta clínica para outro hospital psiquiátrico. Neste período, estavam institucionalizados 66 pacientes que deveriam ser transferidos para outra instituição até que o trabalho de desinstitucionalização pudesse ser realizado.

Mais para frente, aí a gente começa a fazer outro trabalho em outro hospital, que já é diferente. Ele pede o descredenciamento do SUS. E aí a gente entra no hospital. Como eles pediram o descredenciamento, a gente imagina que vá haver uma parceria, então mais uma vez, a gente entra, uma equipe entra dentro do hospital para trabalhar essas pessoas que são do SUS, para voltar para casa ou ir para uma Residência Terapêutica. (T03).

Eles que pediram descredenciamento do SUS, mas eu acho que foi aquela coisa do empresário mesmo, da loucura. Ele pediu, mas não aceitava, dificultava nosso trabalho lá dentro. A gente não conseguia, às vezes eu chegava lá uma hora, três e meia e conseguia ver uma pessoa. (T03).

Então havia várias questões mesmo desse imaginário social, do que seria, então foi um processo. A gente teve alguns moradores que a gente conseguiu fazer com que eles retornassem para casa. Dois, após a gente receber denúncia de maus tratos, a gente resgatou da casa dos familiares e levou para residência. (T03).

Na Clínica x, a gente entra achando que teria uma parceria, só que não tivemos. Foi um processo terrível, porque a gente não conseguiu alcançar o usuário, era aquele monte de chave, era uma resistência muito grande. O que a gente decide então? Fazer transinstitucionalização. (T03).

Esses pacientes foram levados para outra instituição privada e o trabalho teve que ser realizado de dentro desta instituição. As primeiras articulações com os futuros moradores das RT ocorriam por meio de assembleias. O trabalho com os futuros moradores dos SRT era o de discutir o que era uma casa, o que tinha dentro de uma residência, como as pessoas agiam dentro de suas casas, a sua relação com o território, o seu bairro, entre outros. Todas essas atividades tinham como objetivo aproximar essas pessoas da realidade que iriam encontrar fora do hospital.

A gente trabalhava muito com assembleia com essas pessoas. Então assim, do que tinha uma casa. Era um trabalho muito bacana, de montagem, o que existe em um bairro, o que eles iam fazer. E aí a gente começava a levar essas pessoas para casa. Era interessante porque na assembleia apareciam uns que eram mais urbanos, uns que eram mais rurais. Então os que gostavam de hortas, que gostavam de coisas da roça, e das afinidades. Então as casas foram montadas com essa afinidade. Quando saiu esse grande “boom”, que são essas oito casas, aí o convencimento posterior foi muito melhor, porque os moradores chegavam. Nossa, na minha festa de aniversário comprei isso, comprei aquilo, na minha casa tem isso, tem aquilo. Quer dizer, os próprios moradores começam a fazer o convencimento daquele grupo que ainda tinha alguma resistência. E isso ajudou muito. (T03).

Dessa forma, a implantação da décima oitava RT ocorreu no dia 16 de novembro de 2004, por pacientes que foram transinstitucionalizados. Como se tratava de pessoas com longo percurso de institucionalização e bem debilitadas, a equipe que realizou esse trabalho menciona que também tiveram que enfrentar o preconceito.

A décima oitava eram alguns pacientes que foram transinstitucionalizados. E assim, é um embate: você vai tirar esse sujeito? Esse sujeito nem fala nada, ele vai ser massacrado, sabe? É todo um trabalho de convencimento da equipe,

das famílias, porque as pessoas tem muito medo de ousar, de acreditar, até muito por essa questão do preconceito. Eu falo que existe tanto preconceito pela questão da violência, mas pelo pobre coitado daquele sujeito que não tem condição nenhuma de nada, que precisa ser tutelado o resto da vida. (T03).

A décima nova e a vigésima RT foram implantadas em novembro e dezembro de 2004. Esses SRT foram compostos por moradores de uma unidade denominada UAI (Unidade de Atenção a Idosos) vinculada ao CHPB. A composição dessas RT foi predominantemente de idosos.

A décima nona casa também são de idosos, de uma unidade – UAI [FHEMIG] que a gente chama, que só fica com idosos. (T03).

A vigésima também sai de lá e aí a gente fecha um ciclo de casas com oito pessoas, porque as Residências Terapêuticas podem ter de um a oito moradores. (T03).

A implantação da vigésima primeira RT também ocorreu em novembro de 2014, porém, foi por conta de uma moradora que solicitou morar sozinha.

A vigésima primeira já é um desmembramento da primeira casa, que aí os moradores chegam e falam “olha, eu dou conta de morar sozinha, eu não quero mais ficar morando na casa”, e a gente banca com ela. Então a vigésima primeira, ela sai desse lugar, vai morar sozinha. (T03).

Em 2005, foi implantada a vigésima segunda RT em Barbacena no dia 02 de dezembro.

A vigésima segunda é um casal que se casa. Eles já eram namorados na FHEMIG e quando vêm para Residência, existe a possibilidade do casamento, então eles vão formar um casal. (T03).

Em 2006 são inauguradas mais duas RT, com inauguração no dia 20 de abril e 12 de junho, respectivamente.

A vigésima terceira é um outro morador que também falou dou conta de morar sozinho e vai morar sozinho. A vigésima quarta, sai um outro grupo do CHPB, com 7 moradores. (T03).

No ano de 2007 foram implantadas outras RT.

A vigésima quinta, ela hoje, ela teve também, ela hoje, são moradores do CHPB. E aí é interessante, porque era um grupo que tinha uma resistência, que a gente já tinha tentado a saída deles há um ano atrás e que não deram conta. Então a gente traz esse sujeito para essa vigésima quinta casa, que depois eu vou falar dela um pouquinho, porque ela foi desmembrada [que virou 2 RT]. (T03).

A vigésima sexta é outro casal que se casa. A vigésima sétima é um outro grupo de idosos que saem do CHPB e a vigésima oitava é um desmembramento também de duas outras moradoras que vão morar sozinhas. A vigésima quinta, o que aconteceu, a décima quinta casa houve alguns óbitos e uma moradora voltou pra morar no RJ com a família. Uma pessoa foi morar sozinha, então essa casa ficou com poucas pessoas, a gente juntou os moradores da vigésima quinta com a quinze. Hoje é essa constituição. (T03).

A tabela 2 demonstra a cronologia em relação à implantação das Residências Terapêuticas de Barbacena:

Tabela 2. Cronograma de implantação das Residências Terapêuticas de Barbacena.

| Residência Terapêutica | Data de implantação | Número de moradores | Origem dos moradores | Tipo I | Tipo II |
|------------------------|--|---------------------|--|------------|-----------|
| 1ª RT | 20 de novembro de 2000 reinaugurada em 01 de setembro 2012 | 1 | CAPS | 1 | - |
| 2ª RT | 01 de agosto de 2001 | 08 | CHPB e Clínica da Mantiqueira | 05 | 03 |
| 3ª RT | 02 de junho de 2003 | 05 | CHPB e CAPS | 03 | 02 |
| 4ª RT | 16 de dezembro de 2003 | 06 | CHPB e Sanatório de Barbacena | 01 | 05 |
| 5ª RT | 16 de dezembro de 2003 | 07 | CHPB; Sanatório de Barbacena; Clínica Xavier e Clínica Santa Isabel | 05 | 02 |
| 6ª RT | 16 de dezembro de 2003 | 05 | CHPB; Sanatório de Barbacena; Clínica Mantiqueira e CAPS | 04 | 01 |
| 7ª RT | 16 de dezembro de 2003 | 08 | CHPB e Sanatório de Barbacena | 05 | 03 |
| 8ª RT | 16 de dezembro de 2003 | 08 | CHPB e Sanatório de Barbacena | 03 | 05 |
| 9ª RT | 16 de dezembro de 2003 | 08 | CHPB | 05 | 03 |
| 10ª RT | 16 de dezembro de 2003 | 06 | CHPB; Sanatório de Barbacena; Clínica Xavier, Clínica Santa Isabel e CAPS | 05 | 01 |
| 11ª RT | 16 de dezembro de 2003 | 08 | CHPB e Sanatório de Barbacena | 05 | 03 |
| 12ª RT | 24 de julho de 2004 | 07 | CHPB; Clínica Xavier e Clínica Santa Isabel | 04 | 03 |
| 13ª RT | 11 de novembro de 2004 | 07 | CHPB | 04 | 03 |
| 14ª RT | 16 de novembro de 2004 | 09 | CHPB; Sanatório de Barbacena; família e uma transferência dos Estados Unidos | 06 | 03 |
| 15ª RT | 16 de novembro de 2004 | 07 | CHPB; Clínica Mantiqueira e CAPS | 05 | 02 |
| 16ª RT | 16 de novembro de 2004 | 07 | CHPB; Clínica Mantiqueira e Sanatório de Barbacena | 07 | - |
| 17ª RT | 16 de novembro de 2004 | 07 | CHPB; Clínica Xavier; Clínica Santa Isabel e Hospital Judiciário | 06 | 01 |
| 18ª RT | 16 de novembro de 2004 | 08 | Clínica Xavier; Clínica Santa Isabel e CAPS | 08 | - |
| 19ª RT | 16 de novembro de 2004 | 07 | CHPB e Clínica Xavier | 02 | 05 |
| 20ª RT | 16 de novembro de 2004 | 08 | CHPB; Clínica Xavier; Clínica Santa Isabel e Hospital Judiciário | 04 | 04 |
| 21ª RT | 16 de novembro de 2004 | 01 | Clínica Santa Isabel | 01 | - |
| 22ª RT | 02 de dezembro de 2005 | 02 | CHPB | 02 | - |
| 23ª RT | 20 de abril de 2006 | 01 | CHPB | 01 | - |
| 24ª RT | 12 de junho de 2006 | 06 | CHPB | 03 | 03 |
| 25ª RT | 2007 | 02 | CHPB e CAPS | 02 | |
| | Reinaugurada em 05 de Janeiro de 2014 | | | | |
| 26ª RT | 2007* Foi inaugurada no dia 09 de setembro de 2014 | 06 | CHPB | ** | ** |
| 27ª RT | 15 de janeiro de 2011 | 06 | CHPB e Clínica Mantiqueira | 06 | - |
| 28ª RT | 15 de janeiro de 2011 atualmente sem morador | | | | |
| 29ª RT | 24 de outubro de 2014 | 07 | Clínica Mantiqueira | 07 | - |
| 30ª RT | Aguardando moradores | - | - | - | - |
| 31ª RT | Aguardando moradores | - | - | - | - |
| 32ª RT | Aguardando moradores | - | - | - | - |
| Total | | 171 | - | 113 | 52 |

* Não obtivemos a informação do dia e o mês da implantação.

** Como essa RT foi implantada recentemente, ainda não foi divulgada a tipificação desses seis moradores.

Ao longo dos anos, a configuração das RT vão sendo alteradas de acordo com a dinâmica estabelecida por cada uma delas. RT vão sendo ativadas e outras desativadas. No entanto, como ainda existem em Barbacena muitos pacientes institucionalizados nos hospitais psiquiátricos, novos moradores passam a compor esses serviços, como é o caso das seguintes residências: a 1ª RT foi reinaugurada no dia 01 de setembro de 2012 e, atualmente, reside uma pessoa encaminhada pelo CAPS; a 25ª RT foi reinaugurada no dia 05 de janeiro de 2014, com duas pessoas encaminhadas pelo CHPB e pelo CAPS; a 26ª RT foi reinaugurada no dia 09 de setembro de 2014, com moradores que saíram do CHPB e a 27ª RT, também reinaugurada no dia 15 de janeiro de 2011, com seis moradores que foram desinstitucionalizados do CHPB e da Clínica da Mantiqueira.

Como será mencionado mais adiante, uma instituição psiquiátrica recebeu uma auditoria do Ministério da Saúde que resultou na indicação de um possível descredenciamento com o SUS, a Clínica da Mantiqueira. Apesar de se tratar de um processo que ainda está sendo analisado pelo Tribunal Regional Federal (TRF) de Minas Gerais, alguns pacientes desta instituição receberam alta clínica. Dessa forma, no dia 24 de outubro de 2014 foi implantada a 29ª RT, composta por sete moradores com origem da Clínica da Mantiqueira. Outros seis moradores foram incluídos em cada uma das RT 11ª, 15ª, 16ª, 18ª, 20ª e 27ª. Quatro RT estão montadas e equipadas, apenas aguardando um parecer judicial para realizar a transferência de aproximadamente outras 37 pessoas para os SRT. Das vagas já existentes nas RT, oito serão ocupadas por mulheres que também estão sendo desinstitucionalizadas desta Clínica.

2.3 O processo de trabalho desenvolvido nos SRT

Antes de existir a parceria com o Instituto José Luiz Ferreira, os profissionais que atuavam nos SRT de Barbacena relataram que era difícil manter a estrutura de funcionamento. No entanto, apesar das dificuldades apresentadas para a manutenção de uma RT, os trabalhadores se mobilizam para que o trabalho possa acontecer.

É muito interessante, porque quando eu entrei para as Residências era um trabalho de 24 horas. 24 horas mesmo. Morador passou mal, aconteceu uma crise, vamos lá. Mês passado, 2 horas da manhã eu estava lá, resolvendo problema na casa. Então essa disponibilidade da equipe, ela tem que ser muito grande. Mas nesse começo, por exemplo, a gente não tinha. (T03).

A experiência adquirida nos anos de atuação possibilitou e ainda possibilita que os próprios trabalhadores dos SRT reinventem novas formas de trabalho.

A vivência vai fazendo, a gente trabalha com sobreaviso, então cada final de semana, um técnico de nível superior fica de sobreaviso para que os outros possam descansar, porque era uma loucura, gente, telefone tocava a gente entrava em pânico, porque era sábado, domingo, feriado, férias, de manhã, de tarde. (T03).

No início, o tempo de dedicação ao trabalho era integral. A experiência adquirida ao longo dos anos com os SRT possibilitou que ajustes estruturais fossem realizados. Atualmente, um técnico de referência fica de sobreaviso durante os finais de semana e feriados. Além disso, cuidadores substitutos foram contratados para cobrir férias e auxiliar nas atividades das RT, como por exemplo, acompanhar o morador em uma internação hospitalar ou consulta médica. Essa foi uma organização feita pelos próprios trabalhadores para que pudessem rodiziar suas atividades.

Então esse mecanismo foi todo construído pela gente, não existe um a priori, não existia o “como” fazer com as RT. O que a gente sabia? O que é casa? Isso era consenso, eu vou fazer em uma RT o que eu faço na minha casa. Então esse era o nosso parâmetro. (T03).

A gente não tinha essa organização. Então essa organização foi acontecendo, por exemplo, não tinha cuidador substituto. Então os meninos, gente, era um barato, porque o próprio cuidador às vezes, perguntava para o outro, dobra pra mim hoje? Às vezes eles faziam 36 horas, porque o outro cuidador estava de licença ou tinha uma situação que eu tinha que acompanhar um morador no hospital. Aí a gente depois dava em folga, até que hoje eu tenho um “boom” de 110 funcionários a nível de cuidador, porque eu preciso no mínimo de 12 cuidadores para cobrir férias, senão eu não dou conta. (T03).

Principalmente no início, a equipe era questionada até mesmo por questões simples, como a opção de utilizar copos de vidro:

E aí vinha a questão, nossa! Mas você não vai pôr copo de plástico? Não. Vai ter copo de vidro. As primeiras casas, o que se quebrava de vidro, porque o morador saía, ele vinha com a lógica do hospital. Então, assim, quebrava-se vidro adoidado. Eu falava de carteirinha de doido com eles, gente é muito fácil ter carteirinha de doido, uai. Na hora que eu quero uma coisinha e consigo, eu sou normal, e na hora que eu não consigo eu vou dar uma de doido? Então a gente trabalha muito nessa lógica, com isso da responsabilização. (T03).

A Portaria nº 106 (Brasil, 2004) emite diretrizes fundamentais para a implantação dos SRT em todo território nacional. Ela enfatiza que todo o trabalho com os moradores destes serviços devam partir de um projeto terapêutico que promova a autonomia e a reinserção à vida comunitária. Além disso, direciona que o acompanhamento realizado pela equipe responsável tenha como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial. No entanto, essa Portaria pode ser considerada apenas como uma norma que, por sua vez, não abrange o desenvolvimento da atividade destes profissionais. A dinâmica das relações estabelecidas em cada Residência Terapêutica, bem como o funcionamento que os trabalhadores e os moradores foram construindo ao longo dos anos, são específicos de cada RT e do próprio município.

São expostos alguns fragmentos do trabalho realizado no dia a dia:

Aí a gente começa a trabalhar o que é inveja, e aí a gente começa nomear sentimentos com eles (...). É todo um processo que a gente começa a estabelecer com eles. (T03).

Então é todo um trabalho estruturado nessa lógica. Quando chegaram, eles mudaram, eles engordaram muito. Ô gente, você imagina o que é você ter regrado um pão de manhã e um café ralo 7 horas da manhã; 10 horas da manhã você tem um almoço, que você não pode repetir, que é colocado no prato; uma hora, café da tarde; 5 horas janta e à noite um chá. Imagina o que é chegar aquele monte de fruta. Então eles começavam a esconder dentro do armário, você tinha que trabalhar isso. “Olha, não precisa”. E aí eles começam, “olha, se acabar a gente pode comprar”. (T03).

A questão das roupas, dentro do hospital, eles não tinham privacidade, eles não tinham cama, eles não tinham quarto adequado, eles não tinham armário. Então aquela coisa de vestir cinco roupas, três calças, guardar caneco, o que

ganha. O corpo era essa estrutura. Era o único lugar que eles tinham. Era o guarda roupa deles. Eles colocavam tudo no corpo (T03).

Durante o trabalho de coleta de dados, o trabalho da equipe de profissionais envolvidos nos SRT foi apontado como fundamental para o *status* que os SRT possuem atualmente. Em Barbacena, por exemplo, os cuidadores não têm formação em saúde. Na primeira experiência com RT no município, os profissionais tinham formação em saúde e, segundo a avaliação dos profissionais entrevistados, não foi uma boa opção. Dessa forma, dos profissionais que são contratados para exercerem a função de cuidador exige-se apenas o ensino médio.

A gente acha que é um ganho o cuidador não ter formação em saúde. Então é uma equipe que a gente tem educação permanente. Todo mês a gente tem capacitação, então você consegue formar um grupo. Até porque o cuidador não tem que ter formação técnica, ele tem que ter segundo grau, o que é um ganho também. (T03).

A opção da equipe de saúde mental de Barbacena em contratar cuidadores sem formação em saúde é sustentada pelo discurso do “diagnóstico” e da “medicalização”. A experiência adquirida com a implantação da primeira RT levou a equipe a optar por esse tipo de profissional.

Eu vejo as Universidades, psicologia, serviço social, o que forma, ainda é dentro de outra lógica mesmo, que é a lógica do hospital, essa coisa arraigada do diagnóstico. Então, quando trato com o técnico de enfermagem dentro do hospital qualquer, se o sujeito está mais nervoso, ele está agitado, precisa de um “HF” [Haldol com Fenegan], de um diasepam, ou se ele não dorme, ele está com insônia, é muito atrelado ao diagnóstico, sabe? (T03).

Segundo as narrativas dos entrevistados, o profissional sem formação em saúde costuma tratar com maior naturalidade fatos vivenciados no cotidiano de trabalho nos SRT.

Então, quando eu tenho um cuidador, que ele tem um nível, formou no segundo grau, então é do comércio, tem um perfil do cuidado, isso pra mim é ótimo, porque ele não tem essa avaliação do sujeito. Se o sujeito não dormiu à noite, “oh, ele não está dormindo bem à noite, não”. Pronto, é isso. Se ele está mais invocado e tal, “hoje ele não tá bem”. A lógica é outra. Tira a coisa da

doença. Porque até então, o paciente psiquiátrico, ele é a doença, ele é esquizofrênico, mas ele não é pai, ele não é vizinho, ele não é amigo, ele não tem vida... fixa no diagnóstico. Então é um ganho absurdo quando eu consigo um grupo que não está ligado a essa lógica. Mas nenhum momento para estar achando doença naquele lugar. E isso faz toda a diferença, porque se eu estou em uma casa, é uma casa, o serviço de saúde é o postinho, é o CAPS, então se ele precisa de um atendimento, que vá até lá, na casa isso não vai acontecer. (T03).

Já os técnicos de referência possuem formação em Psicologia e/ou Serviço Social:

Na casa, tem um técnico de nível superior, cada três casas, quatro casas, ou é um psicólogo ou um assistente social que vai trabalhar essa dinâmica da casa, vai trabalhar as questões administrativas, vai trabalhar essa interação do sujeito, vai trabalhar a reinserção dele, vai trabalhar a equipe. Mas ele jamais vai fazer um atendimento psicoterápico ali, vai encaminhar, porque o lugar dele ali na casa é outro. Ele vai por limite, ele vai ter esse acolhimento, ele vai buscar, e isso na maioria das vezes resolve, não precisa ir para nenhum atendimento. (T03).

O funcionamento dos SRT se torna possível pelo envolvimento dos trabalhadores.

É os trabalhadores, eu acho, é quem sustenta [o serviço]. Hoje, existe uma visibilidade na saúde mental. Aqui em Barbacena é o cargo de chefe da saúde, olha que doideira! Isso sim. (T03).

2.4 A preparação da comunidade

Trata-se de uma prática que era feita no início do processo de implantação das RT. Após a identificação do local que seria implantado o novo SRT, os profissionais abordavam os vizinhos sobre o grupo que iria morar, com o objetivo de “prepará-los” para se tornarem vizinhos de pessoas que já tiveram histórico de institucionalização psiquiátrica.

E assim a gente fazia da certa forma, avisava, anunciava. Hoje nós não fazemos isso mais, tá? Nós não fazemos isso mais! Mas naquela ocasião a gente achava que precisávamos de aliados, precisava de simpatizantes. Era todo um processo, que a gente não tinha muito controle. E aí, a gente avisava, nós íamos, chamava o padre, chamava não sei quem: “nós vamos colocar um SRT aqui”. E isso não era bom. (T02).

Atualmente, essa prática já não é mais realizada. Ao invés de ajudar, essa abordagem acabava por incitar preconceitos em relação ao grupo de moradores da RT. Apesar dessa prática já ter sido extinta, essa experiência pode ser considerada relevante, pois foi a partir dela que se optou pela não realização desse procedimento. Os próprios profissionais avaliaram negativamente essa prática.

Depois a gente avalia que também não era bom. Porque aí você começa a sinalizar que ali vai ficar um grupo de pessoas diferentes. Isso é manicomial. Então nossa prática foi toda ela traçada em cima de acerto e erro. Sabe, nós acertamos aqui. (T02).

Não acontece mais não. Bobagem. Isso acaba que chamando a atenção para esse lugar, criando resistências. Foi feito. Hoje a gente não fala mais nisso. Deixa, deixa e paga para ver. Paga para ver, qualquer coisa depois vai e conversa. Vai e vê o que está acontecendo. (T02).

A justificativa dessa prática ter sido extinta:

Quando a gente muda, a gente não faz isso. Não é? Dentro dessa lógica. Quando mudo eu não vou avisar aonde eu vou, quem eu sou, quantas pessoas vão morar na minha casa. Então, isso a gente descartou mesmo. (T02).

Inicialmente, a equipe pensou que realizar essa intervenção com os futuros vizinhos poderia amenizar as repercussões negativas sobre o processo de desinstitucionalização de pessoas egressas de instituições psiquiátricas. Conforme já mencionado neste trabalho, a cidade de Barbacena possui tradição manicomial. Assim, essa prática era feita por medo de o projeto não dar certo.

No início é porque a gente precisava do apoio da igreja. Porque a gente tinha muito medo. É o que eu te falei, no início as coisas eram muito mais cercadas, sabe? Muito mais, na tentativa de preservar o projeto. Com medo que acontecesse alguma coisa naquela primeira casa e inviabilizasse o restante. Acontece alguma coisa e aí o pessoal falava: “Tá vendo, a gente avisou que não ia dar certo, que louco fora do hospital não dava certo”. Era esse o medo da gente. “A gente cansou de avisar que fulano não podia sair, que fulano é doido e que doido tem que ficar no hospício”. Então, assim, tinha que ter um cuidado. E a gente tinha muito medo. Hoje a gente arrisca mais, mas na época tinha muito medo. (T02).

Para retratar as dificuldades vivenciadas no início, uma entrevistada reproduz algumas palavras de um consultor do Ministério da Saúde que ela se recorda:

E ele ficou muito tempo ajudando a gente em Barbacena. E muito tempo acompanhando a gente. E no final ele fala: “Residência nada mais é do que a administração pública da vida privada”. E é mesmo. Está tudo, sabe, assim, amarradinho o que ele fala. Pode até ter uma outra concepção hoje. Mas isso naquela hora é aquilo que a gente tinha de deixar claro, né? (T02).

Barbacena foi contemplada com o primeiro benefício do Programa de Volta para Casa, do Ministério da Saúde.

O Ministério implanta primeiro em Barbacena. Faz um projeto piloto de implantação em Barbacena. E a gente tenta acertar um instrumento em Barbacena para depois implantar no país inteiro. Aí começa a dar problema em Barbacena. Sabe o que dá muito problema? Não conseguia cadastrar os nossos moradores porque exigia o nome de mãe nos documentos, tudo tem. E eles não têm nome de mãe. Eles não tinham nada, né gente! E aí eu falei, e aí eu com o Ministério: “Gente nós temos que tentar achar uma saída”. Porque o sistema é operacional e tem que fornecer os dados. E eu, um dia eu falei: “Vamos lançar ‘ignorado’. Se ele é burro, se o computador é burro, vamos contar com a burrice dele”. E aí, quando a gente lança o nome de mãe ignorado, eles aceitam. Aí começa a passar, aí começa o Brasil inteiro a fazer. Aí saiu o informe [do MS] que era para usar o ‘ignorado’, que Barbacena tinha usado.

Em relação ao Programa de Volta para Casa (PVC):

E aí uma coisa que ajudou muito foi o Programa de Volta para Casa, que é uma bolsa desospitalização, hoje ela está em torno de R\$ 412 reais. Na época ela era um salário. (T03).

Todos recebem o PVC e todos aqueles que estiverem internados antes de 2003, por um período ininterrupto de 2 anos têm direito ao BPC também. Então isso ajudou a convencer famílias. (T03).

Barbacena possuía muitos indivíduos que foram institucionalizados nos hospitais psiquiátricos da cidade ainda crianças. Muitos deles, sem nenhuma informação acerca de sua origem, sem documentos pessoais e sem sequer saber qual era o seu nome. A falta de

informação sobre os dados pessoais daqueles que estavam sendo desinstitucionalizados dificultou a inclusão dessas pessoas no PVC.

A maioria não tem vínculo mesmo, eles nem sabem, não sei se vocês sabem, teve um grande número que veio de Oliveira. Oliveira era um hospital, da neurologia e da pediatria e que vinha crianças e adolescentes para cá, sem um documento com nome de pai, nome de cidade, nada. E quando chega na FHEMIG, eles são cadastrados, muitos deles como fulano de tal, o prontuário é assim, o nome, fulano de tal, beltrano de tal. Eu tenho uma moradora, que hoje ela chama Maria Silva [sobrenome alterado], mas na época era Maria só, porque, como que você chama? Maria. Maria o quê? Maria, só. Então ficou Maria Só. Quando a gente foi fazer documento dessas pessoas, na maioria o nome de mãe é ignorado, da cidade. Foi feita a certidão tardia dessas pessoas. Então olhava para você: ah, ele tem cara de ter 22 anos, então coloco lá esse ano que eu acho, a sua data de nascimento, vai ser a sua data de internação e o nome, o nome que você escolheu. Se ele lembra o nome de pai e mãe, tudo bem, se não lembra, entra como ignorado. (T03).

Diante dessas dificuldades, os profissionais encontraram uma forma de lidar com essa problemática:

Quando a gente foi fazer CPF, para poder ver os benefícios, abrir conta em banco, não passava, foi um transtorno. Até que a gente entendeu que o sistema é burro. Quando a gente colocou nome de mãe ignorado, passou. (T03).

Os trechos apresentados nesse tópico demonstram as diversas alternativas encontradas pelos trabalhadores em executar um trabalho inédito no Brasil. As legislações foram se aperfeiçoando à medida que o trabalho ia sendo executado.

2.5 O medo do desemprego com a implantação dos primeiros serviços substitutivos em saúde mental

Quando os serviços substitutivos começaram a ser implantados em Barbacena, um dos principais medos da população local estava relacionado ao desemprego, uma vez que grande parte da população possuía amigos e/ou familiares trabalhando nas instituições psiquiátricas no município. Neste tópico, serão expostos fragmentos das falas dos

trabalhadores relacionados ao medo do desemprego que o fechamento e o descredenciamento [com o SUS] de alguns hospitais psiquiátricos no município.

Esse medo era enfatizado cada vez que uma instituição psiquiátrica era fechada ou descredenciada do SUS. Como exemplo, abordaremos o fechamento do Sanatório de Barbacena:

Porque, o que acontece, tira-se a equipe do sanatório, ficam alguns. Foi até perguntado pra eles, vocês querem trabalhar com a gente? A maioria não quis, foi uma revolta muito grande, a cidade teve faixas: “Obrigado, prefeito, pelo desemprego”. Uma série de questões assim, só que a maioria da equipe técnica, nesse momento, quem quis ficar com a gente, veio para cuidar. (T03).

O fechamento do Sanatório e a transferência de grande parte dos pacientes institucionalizados daquela instituição psiquiátrica para os SRT dividiram opiniões. Barbacena pode ser considerada uma cidade com fortes tradições manicomiais e qualquer mudança de perspectiva de assistência ao portador de sofrimento mental demandaria coragem, uma vez que ainda ronda no imaginário social a ideia de periculosidade e tratamento apenas por meio de internação e exclusão social. Outro ponto que merece ser destacado é que a cidade sempre foi alimentada pela indústria da loucura. Com poucas empresas instaladas no município e com poucas possibilidades de trabalho, os hospitais psiquiátricos, durante décadas, foram considerados como fonte de renda para diversas famílias barbacenenses devido ao número elevado de instituições psiquiátricas.

O fechamento de hospitais e clínicas psiquiátricas foi interpretado pela população local como possibilidade de desemprego. No início do processo de implantação dos SRT, a equipe responsável pela expansão desses serviços substitutivos temiam por represálias por parte da população.

Aí, nós começamos a pensar de que forma nós faríamos isso. E como era muito, era, nós continuávamos no foco do município, né, com faixas na rua, agradecendo o prefeito pelo desemprego, do sanatório, sabe? De fato eles perderam o emprego, mas não foi o município que fez com que perdesse. Foi o PNASH que fechou o hospital. (T02).

As reivindicações ocorriam em todos os segmentos: familiares de usuários, trabalhadores e população em geral. Após a avaliação do PNASH e o consequente descredenciamento do Sanatório de Barbacena com o SUS, os trabalhadores que estavam envolvidos com a Reforma Psiquiátrica do município foram acionados. Diante do redirecionamento da assistência, novos modelos e serviços substitutivos foram sendo implantados e novas possibilidades de emprego também foram surgindo, porém, com uma nova roupagem. Para demonstrar para a população os benefícios dessa nova perspectiva, foi realizado um relatório de gestão no ano de 2004, apresentando para os gestores municipais e para a população em geral os aspectos positivos do redirecionamento realizado na assistência à saúde mental na cidade.

E aí, neste relatório de gestão, inclusive, nós apresentamos que o nosso trabalho também gerava emprego, que tinha cuidadores. Traçamos um paralelo para justificar isso. Para dar uma resposta que a Reforma gera também gera emprego, não é? (T02).

O Relatório de Gestão de Saúde Mental mencionado pela entrevistada foi apresentado em um evento aberto, que recebeu o nome de “Seminário de Gestão em Saúde Mental: da Ideologia à Prática”. Trata-se de um evento realizado no próprio município no final do ano de 2004, com a presença de autoridades da cidade e trabalhadores que compunham a rede de atenção a saúde mental de Barbacena.

Começou lá dentro da instituição um processo muito complicado, inclusive com os trabalhadores. Os funcionários se sentiram ameaçados com esse novo modelo. Uma vez que começou, engraçado falar isso aqui, agora, é que lembra até da copa do mundo. Um pânico generalizado, falavam que ia gerar desemprego, que ia ser muito complicado e que aquelas pessoas não tinham condição de viver aqui fora. Falavam que elas iriam passar fome porque o município não tinha condição de assumir as residências. Foi uma coisa extremamente difícil, sabe. E era difícil mesmo, porque quando eu estava na coordenação, o que acontecia? Uma casa que já tinha sido aberta um pouco antes com alguns pacientes muito difíceis. Depois, nós abrimos uma outra casa, que está em funcionamento até hoje. (T01).

Aqui, a trabalhadora menciona a experiência da primeira Residência Terapêutica em Barbacena, que, segundo ela, foi uma experiência devastadora, pois ninguém

acreditava no projeto de desinstitucionalização do município. Em algumas entrevistas, são relatadas inclusive sabotagens no processo. A experiência da implantação dessa primeira RT será descrita a seguir.

No princípio eles tinham muito medo disso [de perder o emprego], de fechar hospital, eles têm um medo de fechar hospício, impressionante. É um ranço que temos até hoje. Outro ranço que tinha, isso eu escutei já, de pessoas, é de falar, “nossa eles tem uma vida muito melhor que a nossa lá fora”. (T01).

A que antes era uma ameaça aos empregos, hoje pode ser considerado como gerador de renda e trabalho em Barbacena.

Por quê? Porque também é um gerador de emprego. Olha quantos cuidadores trabalham. Essas pessoas têm recurso. Tem o Programa de Volta para Casa. Tem o BPC. Então, eles movimentam dinheiro na cidade e isso é uma coisa muito bacana porque eu acho que é impossível falar de autonomia, é impossível falar de ressocialização sem dinheiro. (T01).

Antes, a gente quando levava alguém para a festa do Jubileu, era quase que pedinte. Eu estou falando isso porque eu, desde 79, Nossa Mãe! Nem faço conta. E eles pareciam pedintes. Era uma coisa horrível. Hoje não. Hoje eles viajam. Viajam para todos os lugares. Eles vão para todo lado. Eu tenho críticas, algumas coisas que eu nem vou falar aqui, porque não cabe. Mas eu acho que é um trabalho que é exitoso. Barbacena serve de modelo para as outras cidades, mesmo com todas as dificuldades que se tem, as críticas que se tem. Porque também é difícil trabalhar com pessoas institucionalizadas há tantos anos, né? (T01).

2.6 Contratação da equipe por indicação política

Uma das principais dificuldades apontadas pelos entrevistados foi com relação à contratação de equipes e a interferência política nesse processo. Durante os primeiros anos de funcionamento dos serviços substitutivos, a maior parte dos vínculos empregatícios era pela prefeitura municipal. Assim, muitas contratações eram realizadas por demandas políticas, mais especificamente, por indicações dos vereadores municipais. Esse tipo de contratação já era uma prática na cidade anteriormente e voltou a fazer parte da estrutura de funcionamento. Essa forma de conduzir as contratações foi questionada pelos trabalhadores que estavam articulando a proposta da Reforma Psiquiátrica em Barbacena,

uma vez que ao iniciarem esse processo realizaram um acordo com os gestores municipais para que a contratação de profissionais seguisse critérios específicos de qualificação e de formação profissional. A interferência política contribuía para o surgimento de conflitos na estrutura estabelecida pela equipe de trabalhadores que estava desenvolvendo o trabalho de desinstitucionalização no município.

Quando eu aceitei a coordenação, eu aceitei e impus uma condição: “Que toda contratação da equipe teria que ser passada por critérios específicos de trabalho e não por critérios políticos. Já que não tinha concurso, que fosse respeitado pelo menos isso. Que toda contratação teria que ser passada por uma entrevista e por critérios absolutamente técnicos. Que a gente errasse, mas errasse por critério técnico e não por indicação de político. Essa foi a única prioridade que eu coloquei. A única forma. E, SÓ aceito se for assim. Isso foi acordado. Então o serviço foi implantado, o CAPS com toda dificuldade, muita briga, muita luta, nossa mãe! Muita confusão no Conselho Municipal de Saúde. (T01).

Porém, os acordos firmados com a equipe de profissionais de saúde mental não foram mantidos, fato que culminou na saída da coordenadora de saúde mental. A sua saída ocorreu como consequência de uma série de demissões de trabalhadores engajados no processo da Reforma Psiquiátrica.

E depois que estava implantado o CAPS, ele [o gestor] faz isso, sabe. Ele demite vários trabalhadores. Isso aí gerou uma crise muito grande. Acaba que nessa crise, eu assim, não saí, sabe. Me demiti! Não aceitei de forma alguma. Eu achei um desrespeito muito grande e nesse tempo, também, ia ter aqui em Barbacena um encontro, o mesmo que teve em Congonhas. Alguém já comentou com você sobre? (T01).

Nesse instante, a trabalhadora lembrou-se de um encontro que teria em Barbacena no mesmo período em que se estabelecia uma crise na estrutura dos serviços de saúde mental no município, mas que não foi permitida a ida dos trabalhadores.

Ia ter em Barbacena esse encontro aqui, eu até esqueci o nome, tá. Você acredita que eu esqueci o nome? E que acabou sendo esvaziado porque também teve uma outra luta em outra política, é luta política, né. Esse encontro de trabalhadores de saúde mental ia ter aqui pra discutir algumas questões sobre a assistência aos usuários. A gente chegou a falar nesse

encontro. Ia ser aqui. Foi tudo esvaziado. O secretario não quis liberar os profissionais para participarem. (T01).

O ocorrido tomou proporções maiores, chegando ao conhecimento de organizações importantes para o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Diante da postura dos gestores locais, a entrevista relata que foi direcionada uma carta aos gestores locais intitulada “Barbacena, graves retrocessos”.

Uma carta que foi assinada pelo Brasil inteiro contra essa atitude dele [do gestor local]. Ele teve essa atitude terrível de demitir as pessoas do CAPS e tentar colocar pessoas indicadas por vereadores. Isso gerou a minha saída. Mas também gerou esse documento “Barbacena, graves retrocessos”, que foi assinado por pessoas de entidades do Brasil inteiro. Pessoas, assim, de notório saber. Pessoas respeitadas e que acusam o secretário com todas as letras de estar querendo favorecer a clínica privada de seu interesse [uma em especial]. (T01).

A repercussão do posicionamento da Secretaria Municipal de Saúde do município gerou sérias consequências estruturais no serviço substitutivo e para a cidade. Os trabalhadores argumentavam a impossibilidade de se realizar a proposta de desinstitucionalização com profissionais ligados à política local, que recebiam favorecimentos pessoais. Esta ligação era apontada como dificultador, pois se tratava de pessoas com poucos posicionamentos críticos, fato que impedia o trabalho da equipe diante da nova proposta de política de saúde mental que vinha sendo desenvolvida. O gestor de saúde daquele período (2001/2004) mantinha forte ligação com um hospital psiquiátrico privado, conveniado com o SUS. Nessa instituição, o médico mantinha leitos psiquiátricos sob sua responsabilidade. Esperava-se que o cargo estratégico que ele ocupava poderia “facilitar” o encaminhamento de usuários para os seus respectivos leitos.

Eu acho que isso aí gerou alguma coisa a mais. Eu acho que foi uma intervenção do movimento social. Porque depois disso, ele [o gestor] também foi demitido da clínica privada que favorecia. Isso porque não aconteceu nenhuma transferência de pacientes para esse hospital, porque o Sanatório de Barbacena acaba fechando. (T01).

2.7 Dimensão afetiva do Trabalho

Em todas as entrevistas que foram realizadas com os trabalhadores que participaram do processo de desinstitucionalização em Barbacena, foi possível perceber a emoção em contar sobre a sua participação neste processo. Dessa forma, se fizeram frequentes pausas para se recuperar de uma lembrança dolorida, lágrimas e risos. Abordaremos, nos próximos trechos, passagens que demonstram a afetividade relacionada ao trabalho.

Foi um trabalho bacana que durou. Porém, o gestor, ele dava um apoio ambíguo. Um apoio muito ambíguo. Ele era um psiquiatra. A ambiguidade [com relação ao apoio que era dado a proposta de implantação de uma rede substitutiva ao tratamento hospitalar] era muito grande porque ao mesmo tempo em que ele me chama (...). Hoje eu tenho essa clareza dos motivos. Ele sabia que só dava conta de mexer em alguma coisa com uma doida feito a gente... e que ia. Sabe essas malucas que vão? E vão por causa de uma militância muito grande. Uma militância que era apoiada por um movimento social que era o Fórum Mineiro de Saúde Mental. O apoio era ambíguo porque, ao mesmo tempo, ele [o psiquiatra e secretário de saúde] tinha leito em uma clínica privada e eu hoje tenho essa avaliação (pequena pausa) não era uma intenção só de fazer essa reforma não, sabe, eu acho que ele tinha outra intenção que era ligada à Clínica Privada que era vinculado e que nunca saiu de lá, só saiu depois. (T01).

Mas eu passei por isso de uma maneira muito cara a cara. Hoje eu tenho, eu tenho até às vezes um pouco de dificuldade para estar falando disso (risos). Porque não foi fácil. Foi um enfrentamento muito, muito difícil. (T01).

Ao recordar sobre a sua participação em todo o processo de desinstitucionalização no município, a trabalhadora relata como era o seu dia a dia de trabalho anteriormente, nas instituições psiquiátricas. As dificuldades vivenciadas foram mencionadas como uma lembrança dolorosa.

Eram coisas terríveis que vivenciamos. Igual o caso da Renata [nome alterado], uma moça linda do Rio de Janeiro. A mãe dela vinha visitar e trazia roupa de grife para ela ficar enfiada dentro de hospício. Dizem que o padrasto começou a se interessar por ela e a mãe a trouxe ela para cá (pausa). Eu não sabia que isso mexia tanto comigo, não! (T01).

Como a gente tinha uma pessoa no GRS que fazia esses trabalhos [de retorno dos pacientes] com o município, a gente chegou a ter, naquele tempo, muito município com equipe de saúde mental. A gente visitava os municípios, conversávamos com o prefeito. Era um tempo até bom. (T01).

Deu até saudade, sabe! Era um trabalho bacana! (T01).

E a coisa, é, essa parte não é fácil de falar. Não é fácil. A gente já viveu muitas situações, assim, da família ser amedrontada sabe. E tem muitos que queriam ficar livres mesmo, por causa de herança, por causa de “amor”. Ficar livre, ou porque ficou grávida antes de casar, é por aí, tem de tudo. Nisso tem de tudo. (T01).

O início do trabalho da equipe com os futuros moradores das RT demarca uma nova etapa na vida profissional dessas pessoas. Apesar das dificuldades inerentes a uma nova perspectiva de trabalho, a possibilidade de atuar na via da desinstitucionalização foi narrada como uma tarefa prazerosa.

Um dia eu fui fazer uma oficina, eu acho esse caso bastante ilustrador, estava fazendo uma oficina com eles, a gente já estava no final, aí eu falei: “Gente, o que é uma casa pra vocês? Pensa numa casa”. E eu levei um monte de revista. E eu falei “Vamos cortar algumas imagens”. Eu estava com um grupo mais... né. É, “O que vocês acham que é casa”. Aí todo mundo pegava e cortava a geladeira, casa tem geladeira. E a gente ia construindo aquilo, né, porque era partindo da concepção do que eles achavam que era uma casa. Aí eu me emocionei muito quando eu peguei um, era um cachorro, sabe? Aí eu falei com ele assim, “Quer dizer você lembra da casa com esse cachorro?” Ele falou assim, “Mas só pode ter cachorro quem tem casa”. Eu nunca tinha pensado nisso, na minha vida. E é mesmo! Como você vai ter cachorro no hospício, né? E isso me sensibilizou. (T02).

Falei “Gente!”. Parecia surreal as coisas que vinham deles. Pessoas que estavam afastadas do mundo. Que mundo que nós estamos vivendo?! Então era difícil, eu tinha que tirá-los dali às vezes, e começamos ir até a padaria. “Vamos até a padaria”, porque era pertinho. Alguns iam, outros se recusavam a sair do espaço. Então tinha um do meu grupo que se recusava. Ai eu falei e comecei a descobrir do que ele gostava. Ele gostava de revista, ele lia e eu falava assim com ele, “Vamos ali comigo, ô João [nome alterado], na padaria, vamos lá na banca?”. E ele, “Não vou não, coisinha”, ele chamava todo mundo de coisinha. “Vou não, coisinha”. “Ah, você não quer ver uma revista”. “Não, não quero não”. Todos os dias. Aí teve um dia que eu cheguei dentro do hospital, aí ele falou comigo assim: “Ô coisinha, agora eu quero comprar a revista”. Sabe essas coisas assim que acontece. Porque, vai estabelecendo um vínculo de confiança, né. Eles não sabiam quem nós éramos, o que nós íamos fazer. (T02).

A gente estava desmontando a casa deles, na verdade, que aquilo era uma referência de vida, de casa. Então foi muito bonito o processo lá dentro, aconteceram várias histórias. (T02).

O convencimento dos pacientes para a sua saída:

Então, quando a gente sai dali e faz um convencimento, eles não queriam ir, falei: “Gente, vamos embora, a vida é lá fora”. Sabe, o tempo inteiro trabalhando. E tinha uma reunião no final que decidia quem ia pra Residência, quem ia pra FHEMIG, que teve um grupo que teve que ser transferido pra FHEMIG, porque não dava pra gente reabilitar em seis meses (...). E a angústia da equipe em fazer essa lista. E eu falava, eu chora..., eu falava, e era dez horas da noite. (T02).

A afetividade no processo de tomada de decisão:

E assim, você tem que definir o rumo que a pessoa ia tomar. E eu falava: “Gente, quem somos nós”. E a gente falava dessa angústia, tinha todo um processo, também nosso, sabe?! Foi um divisor de águas na carreira de todo mundo que estava ali. (T02).

Foi estabelecendo a lista de quem ia para a Residência, e quem ia para o hospício. Era mais ou menos parecido, né. Quem vai sobreviver, quem vai viver melhor? (T02).

Era angustiante para a gente definir quem ia. Então isso mobilizava a gente. Uns choravam. Porque tinha que definir quem ia sair, quem não ia. Então, depois disso feito, com muito sofrimento, toda a equipe, aí foi feita a saída deles, o fechamento do sanatório. E aí, começa um trabalho de reabilitação na rua. (T03).

Até então, todas as iniciativas de reabilitação psicossocial foram realizadas dentro de uma instituição psiquiátrica. Todas as intervenções realizadas dentro do hospital não foram bem sucedidas. A expectativa de realizar “*um trabalho de reabilitação na rua*” (T03) foi apontada como motivadora. No entanto, a definição de quem poderia ir para as RT e foi mencionada como uma fonte de angústia e sofrimento.

A subjetividade desses trabalhadores era (e ainda é) evocada durante todo o processo de trabalho. Apesar dos conflitos, havia também um sentimento de reconhecimento do trabalho que estava sendo desenvolvido, principalmente, por parte dos futuros moradores. Uma entrevistada menciona a sua gratificação em participar da comemoração aos dez anos de Caracas. No entanto, o reconhecimento pela implicação subjetiva desses profissionais para a implantação e execução dos serviços substitutivos ao tratamento asilar nem sempre ocorria em nível local, ou seja, no município.

Eu até que fui muito feliz. Com os dez anos de Caracas, eu fui convidada especial do Ministério. Só tinha cinco brasileiros em Brasília comemorando o aniversário da Carta de Caracas. Foi um reconhecimento mesmo de trabalho. Eu achei muito legal isso. Isso foi colocado, que o convite era pessoal e que eu fosse, que era pelo trabalho que eu tinha feito em Barbacena durante todo esse tempo e de toda essa interlocução com o Ministério também. Então foi um momento único também. Foi um momento muito legal. Discutindo o que foi pensado em Caracas, naquela ocasião. Então assim, foi muito legal. É, é uma coisa que me emociona em contar porque é uma história de vida. (T02).

É uma história de vida. É, mais a nível fora daqui. Aqui é muito difícil. Em Barbacena as coisas são muito difíceis. Você tem mais visibilidade, reconhecimento pelo que você faz, fora daqui. As pessoas daqui não valorizam o profissional. Nós temos cada profissional! Essa equipe que trabalha aqui com... é totalmente autônoma. A gente faz independente de qualquer coisa, entendeu?! Independente de qualquer coisa. (T02).

Uma entrevistada menciona que o desejo de prosseguir trabalhando se justifica pelo compromisso estabelecido com os usuários dos serviços. Ela relata que os profissionais já passaram por muitas dificuldades, como demissões e atrasos na folha de pagamento. Apesar das dificuldades encontradas pelos trabalhadores ao longo do processo de implantação dos SRT, estes continuaram a desenvolver o seu trabalho. Podemos perceber uma implicação subjetiva e afetiva neste processo.

Nunca paramos de trabalhar um dia, porque o compromisso, eu falo: “Gente, quando você convence uma pessoa a sair de um hospital e ir para uma Residência Terapêutica, quando você faz esse trabalho, que foi lá levar a pessoa para conhecer a casa, você se compromete para o resto da vida com essa pessoa”. Eu acho que o compromisso que a gente tem com esses usuários é imenso. Porque você fez uma proposta de vida melhor. Você usou seu nome, você usou se corpo para fazer isso. Isso é muito compromisso com essas pessoas. Agora, a implicação disso é muito pessoal. Tem pessoas que, não adianta, não se implicam com isso. Que não acreditam nisso. Isso é uma crença, eu acho, sabe. Passa por outro lugar mesmo. De um grupo que trabalha no domingo, que faz uma Luta Antimanicomial. Tudo o que é feito, é feito com foco num trabalho maior. Sabe as pessoas, não é por salário, não é por dinheiro, não é por nada não. Sabe? (T02).

Esse trecho demonstra que a atividade exercida por estes trabalhadores custam mais que o dinheiro pago pela execução do trabalho. Podemos perceber uma implicação

subjetiva e afetiva que faz com que a atividade continue sendo executada, independente dos problemas enfrentados cotidianamente.

2.8 Críticas aos SRT de Barbacena

Durante as entrevistas, foram emitidas críticas ao modelo de SRT construído no município. A principal se refere às práticas manicomiais que ainda se fazem presentes no dia a dia de trabalho com os moradores.

Barbacena possui vinte e sete residências. Mas temos que considerar que o limite entre o manicômio para residência, é uma linha tênue, sabe? (T01).

Porque tem muitas práticas manicomiais que estão enfiadas nas pessoas. Às vezes se pensa que nas Residências poderia ter trabalhado mais isso, sabe? Eu penso que sim, mas também, eu fico um pouco na dúvida. Eu acho que é muito difícil trabalhar com pessoas que estavam há trinta anos no hospital e que quando saíram de lá não sabiam nem como acender a luz, como apagar a luz, que nunca tinha ido em um mercado, nunca tinha circulado pela cidade, nunca tinham um dinheiro no bolso. (T01).

Diante da complexidade que envolve a estrutura de uma RT, os próprios trabalhadores entrevistados relatam dificuldades em sustentar tais argumentos, refletindo se o funcionamento destes serviços poderia ser diferente. Atualmente, Barbacena é considerada uma referência em reabilitação psicossocial:

Hoje, Barbacena é considerada referência e ainda tem esse tanto de dificuldades. É, muita dificuldade, mas muita! Não é pouca não. Eu acho que cai também numa certa acomodação, sabe? E outra coisa, isso de ser referência também, (pausa) é complicado. Eu tenho muita crítica a esse negócio de tudo quanto é lugar que vai carrega morador. Não gosto disso não. Eu acho poderíamos deixar eles em paz. Eu gosto é da [uma moradora de RT], ela quando vê a gente na rua não quer nem cumprimentar. (...) tipo assim, esquece de mim, me deixa em paz! Esse negócio também de aparecer demais, tem que ter muito cuidado. Eu acho que é muito delicado e tem que ter cuidado, sabe? (T01).

Apesar de o município ocupar o posto de referência nacional no que tange ao processo de reabilitação social, os próprios trabalhadores enfatizaram a necessidade de a equipe de trabalho promover reflexões acerca da assistência à saúde mental em Barbacena.

Gente, o dia que a gente achar que o serviço da gente é o melhor, e o país inteiro fala que é o melhor, o Ministério fala que é o melhor, e tem reconhecimento internacional, nós podemos ir embora. O dia que eu falar assim: “Nossa, a Residência é uma beleza”, é porque eu perdi a crítica, é porque eu perdi a condição de querer evoluir, de achar que tem que crescer, que tem que melhorar, que precisa ainda de muita coisa pra gente atingir. É uma construção já de treze anos. É muito complicado, sabe. Trabalhar nessa lógica, com essa... manter isso durante uma vida inteira. É, o tempo inteiro a gente cai num tipo de esparrela, sabe. O tempo inteiro. (T02).

A construção da nossa posição com relação à Residência, à reconstrução dessa cidadania, à restauração; o resgate disso tudo tem que ser muito bem conduzido, sabe. Porque é muito sedutor, muito fácil, muito sedutor você repetir os mesmos erros. O pessoal que vem aqui em Barbacena conhecer as Residências, que visita, o país inteiro, o estudante, o profissional, o Ministério da Saúde, eles percebem as diferenças. As casas são abertas, não têm chaves, as casas, as facas ficam à disposição, as tesouras ficam à disposição, sabe? (T02).

A postura das pessoas é diferente. As pessoas trancam as casas. Nós abrimos. As pessoas não deixam faca, não deixam vidro, sabe? Nós deixamos. Então assim, nós temos segurança para trabalhar, né?! Não vai fazer diferença. Então, assim, é por essas iniciativas, e eu acho que Barbacena só consegue fazer isso pelo contraponto violento que tem que ser feito. Eu acho que o grande ganho dessa história foi esse. A reabilitação, a forma de conduzir as Residências, desde a primeira, que foi equivocada, porque a gente tinha medo, não tinha experiência e eu tinha que resguardar aquilo como se fosse um pote de ouro, que era um processo que estava começando e nós não tínhamos essa dimensão que ia dar no que deu. (T02).

Mas em compensação, o fato de ter muito claro, de todo mundo ter saber como é que os hospitais funcionam, como o império, como que era o império manicomial, fez com que nós fizéssemos a diferença. E tentasse fazer o contraponto, o tempo inteiro. Basicamente eu acho que é a grande referência. (T02).

2.9 Cenário atual: a desinstitucionalização da Clínica Mantiqueira

Barbacena tem vivenciado outro processo de desinstitucionalização. Nos dias 21 a 23 de outubro de 2013, uma das principais clínicas privadas do município, com mais de 40 anos de existência, recebeu uma Auditoria Assistencial coordenada pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde

Pública de Barbacena. Durante a auditoria, foram constatadas inadequações em relação à prestação de serviços, como o número elevado de pacientes crônicos institucionalizados e com características de total dependência e isolamento social.

O resultado dessa Auditoria culminou no descredenciamento desta instituição com o SUS, que ainda se encontra em processo de avaliação. Tal procedimento redirecionou o município a um processo de desinstitucionalização dos pacientes desta clínica privada. Assim, foi realizado um levantamento do perfil das necessidades assistenciais dos 76 pacientes que se encontravam institucionalizados pelos profissionais de saúde mental de Barbacena. Diante da necessidade urgente de identificar as características destas pessoas, foi realizada uma “força-tarefa” pela Coordenação de Saúde Mental do município, fazendo o redirecionamento de grande parte dos profissionais que atuavam na rede para que pudessem, até o final do mês de agosto de 2014, realizar os direcionamentos necessários para que a desinstitucionalização se efetivasse naquela instituição. Alguns pacientes já foram desinstitucionalizados e outros aguardam um parecer judicial para que ocorra a sua desospitalização.

No levantamento realizado, constatou-se que dos 76 pacientes que estavam institucionalizados, 51 reuniam as condições essenciais para a sua transferência para as Residências Terapêuticas ou para o retorno familiar, dois pacientes encontravam-se com ordem judicial e três dariam continuidade de seu tratamento do CAPS municipal. Os outros vinte pacientes seriam acolhidos em um hospital público, em caráter provisório e por um período de até seis meses, no qual seriam realizadas novas avaliações.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos estão passando por um processo de expansão em Barbacena com o descredenciamento desta instituição psiquiátrica privada. Desde o mês de julho de 2014, as equipes de saúde mental do município estão realizando várias reuniões de articulação com outros municípios, a fim de que estes também direcionem as suas práticas para o modelo de desinstitucionalização. O levantamento realizado pela equipe de saúde mental constatou que, dos 76 indivíduos institucionalizados por anos em Barbacena, 51 possuíam algum tipo de vínculo familiar em municípios vizinhos. Com essa constatação, a equipe entrou em contato com as Secretarias Municipais de Saúde destes municípios, com o objetivo de ampliar o modelo Residencial Terapêutico para as cidades desses pacientes da clínica descredenciada, possibilitando suas

transferências. Para atender a essa demanda em Barbacena, casas foram alugadas e profissionais foram contratados para a montagem de cinco SRT.

Em relação a esse processo de desinstitucionalização que o município está passando:

Isso aí para mim tem um mistério aí que eu não consegui decifrar ainda não. Porque, para mim, deveria ser também em outros hospitais, sabe? Na outra clínica continua. Não deveria ser os dois? Não sei o porquê. Eu espero que ninguém saia de uma clínica privada e vá para outra [clínica privada]. (T01).

A princípio, eles deveriam ir para as suas famílias ou teria que ser Residências Terapêuticas, né? O primeiro passo seria fazer um levantamento das possibilidades das famílias dessas pessoas. Se eles têm família, porque o último PNASH que eu fiz já tem um tempo, e lá nessa clínica, muitos tinham família. E, muitas famílias muito enganadas achando que eles não tinham condição de ir, que eles estavam muito mal, e essas famílias vão perdendo vínculo também. Imagina quantos anos internados, né? Sem ir em casa, sem nada. Vão perdendo o vínculo. (T01).

O primeiro passo é saber de onde são essas pessoas e ver se elas têm família. Hoje, também, eles têm “Programa de volta pra casa” e a maioria deles, condição de ter um benefício, o BPC. (T01).

Eles já não iriam para casa sem nada. Eles já iriam acompanhados de um recurso financeiro. Tem que ver se no município de origem dele, se tem família, se tem serviço no município de origem, se tem equipe de saúde mental, quer dizer, o primeiro passo seria isso. Porque se tiver família, se a família for trabalhada e aceitar. Se no município de origem tiver Residência Terapêutica. Se tiver equipe de saúde mental. A prioridade é sempre o bem-estar do paciente. (T01).

Se tiver que ir para algum lugar, um hospital, até que esse processo seja feito, na minha opinião, eu acho que se tiver que ir para algum lugar, eles iriam para o CHPB até que resolva para onde eles vão, que é um hospital público, né? (T01).

Em acordo realizado entre o município de Barbacena e o Ministério da Saúde, toda essa programação de desinstitucionalização e de transferências dos pacientes institucionalizados deveria ocorrer até o final do mês de agosto de 2014. Para tanto, foi assinado um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) entre a Secretaria de Saúde Pública de Barbacena e o Ministério Público, com anuência do Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde de MG. No entanto, esse processo se encontra interrompido por meio de uma decisão judicial decorrente do Tribunal Regional Federal (TRF) da Primeira Região, que determinou a suspensão da saída dos pacientes para os serviços substitutivos

ao modelo hospitalocêntrico, uma vez que os proprietários da clínica que passava por descredenciamento do SUS impetrou um recurso sobre essa decisão. A decisão do TRF surpreendeu toda a comunidade envolvida no contexto de saúde mental, por apresentar pouca plausibilidade. Diante da possibilidade de retrocesso que tal decisão apresentou, foi solicitada uma reavaliação da decisão do desembargador pelos envolvidos no processo de desinstitucionalização desses pacientes. Uma nota de repúdio foi emitida pelos representantes de saúde mental de Barbacena, recebendo o apoio de várias entidades de diversos segmentos e organização de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aqui empreendido demonstra parte de história da Reforma Psiquiátrica Brasileira a partir da transposição do modelo de assistência à saúde mental em um município específico. Tivemos como principal objetivo investigar a história do processo de implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos da Rede de Atenção Psicossocial de Barbacena/MG, sob a perspectiva dos trabalhadores envolvidos neste processo. Podemos dizer, de forma geral, que a presente pesquisa alcançou os seus objetivos propostos.

Utilizamos como referencial metodológico os recursos da História oral de vida, por esta possibilitar uma aproximação com as experiências subjetivas através das narrativas dos profissionais envolvidos no processo de implantação dos primeiros serviços substitutivos do município. Procuramos valorizar as narrativas dos profissionais entrevistados. Em momento algum tivemos a pretensão de generalizar os resultados, uma vez que as narrativas apresentadas aqui traduzem visões particulares de processos coletivos.

Apesar de se tratar de um estudo sobre a implantação dos SRT de Barbacena, acreditamos que as experiências retratadas nesta pesquisa podem contribuir para a superação de dificuldades inerentes a essa modalidade de atendimento. Além disso, esperamos que as histórias narradas pelos profissionais entrevistados possam subsidiar discussões sobre a implantação de novos SRT nos municípios brasileiros.

Ao longo desta pesquisa, percorremos a história do processo de desinstitucionalização ocorrido em Barbacena. A realização das entrevistas com os trabalhadores de saúde mental nos possibilitou realizar apontamentos dos fatores históricos antecedentes à implantação dos primeiros serviços substitutivos ao modelo asilar, considerados por estes profissionais como essenciais para a reconfiguração da assistência. Esses apontamentos compuseram a primeira parte de análise dos resultados. Já na segunda parte, procuramos apresentar os relatos dos profissionais no que tange à implantação das Residências Terapêuticas e a configuração deste serviço no município na atualidade.

O que podemos evidenciar é que até meados dos anos de 1980 não existia em Barbacena uma porta de entrada para realizar os encaminhamentos para os leitos psiquiátricos. Para se efetivar as internações, o único critério utilizado era a oferta de leitos pelas instituições psiquiátricas do município. A falta de um critério técnico e a crescente demanda para a disponibilização de leitos resultou na expansão dos serviços hospitalares e alimentou o que foi denominado pelos entrevistados de “o comércio da loucura” em Barbacena. Com isso, até o ano de 2001, segundo os dados da Coordenação de Saúde Mental do município (Barbacena, 2004), a cidade disponibilizava cerca de 1.336 leitos hospitalares nas cinco instituições psiquiátricas de Barbacena, sendo apenas uma de responsabilidade do estado.

Para Silva, Barros e Oliveira (2002), o cenário político de 1964 a 1974 valorizou a produção de procedimento dos setores privados com o dinheiro público. Essa valorização resultou no favorecimento da empresa médico-industrial, ganhando destaque a disseminação dos medicamentos e a consequente medicalização da sociedade. Nessa perspectiva, podemos dizer que ocorreu o fortalecimento da classe médica e a propagação de clínicas e hospitais privados em todo o Brasil, em especial, os psiquiátricos. Em Barbacena não foi diferente. Além da expansão dos hospitais psiquiátricos no município, a figura do profissional médico também ganhou destaque, uma vez que grande parte destes profissionais possuíam vínculos empregatícios e leitos psiquiátricos em várias clínicas privadas. Segundo os entrevistados, muitos desses profissionais viraram donos de “hospícios” e faturaram com a oferta de leitos psiquiátricos. Essa característica, somada a outros fatores históricos já mencionados neste estudo, favoreceu a implantação de uma cultura de hospitalização em Barbacena. Para os barbacenenses, o modelo de atendimento hospitalocêntrico fez parte do cotidiano da cidade durante décadas, inclusive, sendo um dos ramos que mais empregavam pessoas na cidade.

Para demarcar o início do processo de transformação do cenário da assistência à saúde mental de Barbacena, os trabalhadores entrevistados realizaram um levantamento com o objetivo de identificar o perfil da assistência em saúde mental ofertada no município. Esse levantamento, elaborado no ano de 2001, serviu como subsídio para a realização de propostas de implantação dos primeiros serviços substitutivos. Até a presente data, a única opção de tratamento ao portador de transtorno mental em Barbacena baseava-se exclusivamente no modelo hospitalocêntrico.

Apesar de os dados obtidos no levantamento realizado entre os meses de agosto a dezembro de 2000 terem indicado a má qualidade dos serviços hospitalares e a cronificação das pessoas que recebiam esse tipo de tratamento, segundo os entrevistados, o convencimento para a implantação de uma rede substitutiva ocorreu, principalmente, pela apresentação de um estudo financeiro. O custo elevado dessas internações e a proposta de reduzir os encaminhamentos para os hospitais psiquiátricos em pelo menos 70% foram apontados como uma via “sedutora”. Segundo os trabalhadores, eles sabiam que o convencimento para a transformação da política assistencial só era possível utilizando esses tipos de argumentos. Diante disso, podemos perceber que, em políticas públicas, nem sempre a preocupação inicial está relacionada com o bem-estar dos usuários. Infelizmente, essa característica está presente em diversas estruturas da administração pública.

As experiências com os “Módulos Residenciais” e a “Casa Amarela”, iniciadas na década de 1980 pelo CHPB, foram apontadas pelos profissionais como precursoras de um tratamento da saúde mental no formato residencial, porém, ainda dentro de um hospital. Apesar de essas modalidades terem apresentado vários problemas e limitações, as experiências com estes serviços foram apontadas por alguns entrevistados como importantes para a implantação dos SRT no município.

Na segunda parte deste trabalho, identificamos várias categorias de análise que apresentam o percurso histórico narrado pelos trabalhadores no que tange à implantação dos SRT. Podemos dizer que a primeira experiência com serviços substitutivos em Barbacena foi com a implantação de uma RT em 2001. A implantação deste serviço pode ser considerada como um marco para o processo de desinstitucionalização psiquiátrica no município. Segundo os profissionais entrevistados, a implantação da primeira RT só foi possível após a publicação da Portaria nº 106 de fevereiro de 2000 (Brasil, 2004a), que além de criar os SRT, realoca os recursos financeiros das internações hospitalares para os serviços substitutivos. Apesar das dificuldades com a implantação dessa primeira RT, foi possível perceber que se tratou de uma experiência exitosa. Além disso, os problemas enfrentados com a organização logística e assistencial foram apontados como norteadores para a implantação das outras 32 RT em Barbacena.

Um dos principais pontos positivos apresentados pelos entrevistados se refere à parceria com o Instituto José Luiz Ferreira, conhecido como “Instituto Bom Pastor”. A parceria com essa ONG foi apontada como essencial para a expansão dos SRT em

Barbacena. Essa parceria, que ocorreu após a implantação da quarta RT, possibilitou uma reorganização da estrutura logística com o pagamento das contas das RT, o que anteriormente era feito pela prefeitura de forma precária e burocratizada.

O aprendizado por meio das experiências de trabalho dos profissionais envolvidos neste processo possibilitou que práticas realizadas no início fossem extintas e/ou aperfeiçoadas. Como exemplo de uma prática extinta é a “preparação da comunidade” para a implantação de uma SRT em determinado bairro ou território. Já como prática aperfeiçoada, podemos mencionar a organização do trabalho desenvolvido nas RT, como por exemplo, a contratação de profissionais sem formação em saúde para exercerem o cargo de cuidadores. Essas experiências possibilitaram, ao longo do tempo, que o município constituísse a sua estrutura própria de funcionamento, superando as dificuldades diante dos percalços no que tange ao cuidado fora do contexto hospitalar e exercendo práticas de reabilitação psicossocial.

A implantação dos SRT em Barbacena foi bastante polêmica também para os profissionais que atuavam nas instituições psiquiátricas que empregavam muitas pessoas. Devido a pouca oferta de trabalho no município, a substituição do hospital psiquiátrico e a transposição da assistência em saúde mental disseminou, inicialmente, insegurança diante da possibilidade de desemprego. O que até meados de 2004 representava uma ameaça para os trabalhadores com medo de perder o trabalho, representa, hoje, fonte de renda e geração de emprego na cidade, empregando diretamente mais de 120 trabalhadores. Além disso, como grande parte dos moradores das RT possuem benefícios assistenciais e/ou aposentadoria, eles circulam pela cidade e contribuem também para o aquecimento do comércio local.

É necessário reconhecer a importância da equipe de profissionais nesse processo. Podemos perceber que as experiências pessoais dos profissionais foram importantes para que o trabalho dos SRT se concretizasse em Barbacena. Observamos uma forte implicação afetiva nas narrativas dos trabalhadores em relação à atividade que exercem e/ou exerceram. Todos os entrevistados se reconhecem como militantes da Reforma Psiquiátrica e a mobilização para o trabalho nesta perspectiva apontada pelos trabalhadores se referem a uma implicação subjetiva, nomeada por nós como “dimensão afetiva do trabalho”. O que encontramos vai ao encontro do que Ramminger (2005) menciona como o “envolvimento afetivo” com o trabalho. Esse envolvimento afetivo se traduz no sentimento de que o

trabalho executado por eles deve acontecer independente das dificuldades, podendo ser transformado muitas vezes em fonte de sofrimento. É importante ressaltar que essa dimensão subjetiva também foi vivenciada por nós por meio de emoções e sentimentos compartilhados durante as entrevistas com esses profissionais.

Alguns desafios foram apontados pelos profissionais entrevistados no que tange aos SRT de Barbacena. O principal se refere à dificuldade de realizar o distanciamento das práticas manicomiais. Trabalhar nessa perspectiva exige uma reflexão sobre as práticas de trabalho cotidianamente. Para autores como Furtado e Campos (2005, p.114) “*a tendência inicial é repetir o referencial aprendido anteriormente e repetido durante anos*”. Por isso, entendemos que não se trata de uma tarefa fácil para os trabalhadores de saúde mental transpor as suas práticas ao modelo proposto pela reabilitação psicossocial. Nas palavras do autor:

E aqui tocamos em um dos dilemas da reforma psiquiátrica: a decodificação cotidiana dos princípios políticos, ideológicos e éticos da reforma psiquiátrica pelos autores que a realizam na ponta, ou seja, no contato direto com o usuário. O que fazer para que os novos serviços e seus trabalhadores efetivem realmente novas políticas, novas respostas, novas posturas entre os usuários?

Não existe uma resposta pronta para as questões apresentadas na citação acima. Talvez essa seja uma das principais problemáticas enfrentadas pelos trabalhadores e usuários que compõem uma casa com a denominação de “serviço”. Já fizemos essa discussão no capítulo IV e não pretendemos expô-la novamente aqui. O que pudemos perceber é que os profissionais que atuam nos SRT de Barbacena utilizam como critério de trabalho a seguinte pergunta: **se fosse na minha casa, o que eu faria nessa situação?** Essa foi a solução encontrada por eles diante do novo paradigma do cuidar. A própria pergunta nos direciona a uma dinâmica própria de funcionamento. Vale ressaltar que a pergunta norteadora utilizada no cotidiano de trabalho passa por uma significativa transformação pessoal; as subjetividades desses profissionais são evocadas durante todo o processo de trabalho. Acreditamos que isso retrata o complexo campo da saúde mental. Um dos pontos desse desafio é encontrar formas distintas para abordar e trabalhar com os problemas vivenciados no dia a dia desses profissionais.

Ao longo da pesquisa de campo, alguns discursos se reproduziram em relação às práticas manicomiais. Apesar de os próprios trabalhadores reconhecerem essas limitações, não podemos deixar de apontar que a atuação em SRT possui limites imprecisos e muitas

vezes conflitantes no que tange ao paradigma do cuidado. Um exemplo disso é que as RT são nomeadas por número, de acordo com a cronologia de implantação (a primeira RT, a vigésima RT etc.).

Não podemos deixar de mencionar os pontos fracos desta pesquisa. Apesar de considerarmos que atingimos os objetivos deste estudo, é importante ressaltar que para a realização desta pesquisa, o volume de informações e o rigor do método utilizado, que demanda uma análise intensa de uma única entrevista, nos direcionaram para a utilização de parte das informações coletadas. Para a realização deste estudo, optamos pela utilização de entrevistas de apenas três trabalhadores, conforme exposto no método. Diante dessas dificuldades, optamos por apresentar, mesmo que genericamente, o processo de implantação dos primeiros serviços substitutivos e seus antecedentes. Talvez os próximos estudos possam aprofundar um período ou uma única RT abordados durante este estudo.

De modo geral, consideramos que os resultados apresentados nesta pesquisa demonstraram os grandes avanços com a transposição da assistência em saúde mental para a implantação dos serviços substitutivos, em especial, com a implantação das SRT. Esperamos que estes resultados possam instigar a produção de outras pesquisas com essa temática. Ainda há muito a ser feito no contexto da reforma psiquiátrica e muitos Serviços Residenciais Terapêuticos a serem implantados.

REFERÊNCIAS¹³

- Abrantes, A. A., Martins, L. M. (2007). A produção do conhecimento científico: relação sujeito-objeto e desenvolvimento do pensamento. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22), p. 313-325.
- Alberti, V. (2005). *Manual de história oral*, 3ª edição, Rio de Janeiro: FGV.
- Albuquerque, E. M. (2009). *Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas*. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP. Ministério da Saúde – Fiocruz, Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, 99p.
- Albuquerque, E ; Bandeira, M. (2010). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 59, p. 308-316.
- Almeida, S. H. V. (2004). *O conhecimento de memória na obra de Vigotsky*. Dissertação de mestrado, Educação: Psicologia da Educação – PUC/SP, São Paulo.
- Alvarenga, L.T., Novaes, C.O. (2007). Estratégias na reforma psiquiátrica no município de Barbacena: a cooperação entre gestor público e o terceiro setor. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.571-593.
- Alvarenga, A. R.; Dimenstein, M. (2006). A Reforma Psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.*, v.10, n.20, p.299-316, jul/dez.
- Alves, C.F.O., Ribas, V.R.R., Alves, E.V.R., Viana, M.T., Ribas, R.N.G., Júnior, L.O.M., Martins, H.A.L., Lima, D.C., Sougey, E.B., Castro, R.M. (2009). Uma breve história da reforma psiquiátrica. *Revista Neurobiologia*, 72 (1), jan./mar.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Amarante, P. (1997). Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e estratégias, Percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. *Revista: Saúde e Democracia: A luta dos CEBES*. Orga. Sônia Fleury, Editora Lemos, 163-185.
- Amarante, P. (2001). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2a ed.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

¹³

De acordo com o estilo APA – American Psychological Association.

- Amarante, P. (2005). Apresentação. In: *Basaglia, F. Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. (J. A. D. Melo, Trad.). Rio de Janeiro, Garamond.
- Amarante, P. (2008). *Saúde mental e atenção psicossocial* (2a ed.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Amarante, P. (2010). A Reforma Psiquiátrica Brasileira: 30 anos transformando a sociedade e construindo cidadania. In: Melo, W.; Lopes, F. M.; Marchiori, M. T.; Martins, A. G.; Mattos, D. R.; Silveira, M. A.; Moreira, N. Q.; Oliveira. (Orgs.). *Quando acabar o maluco sou eu*. Rio de Janeiro: Espaço Artaud, 19-31.
- Amorin, D., Ventura, J. C., Ferraz, L., Rabelo, M. (2006). História da Loucura. Recuperado em 08 de janeiro de 2014 de <http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Sa%C3%BAde%20Mental/CASOS%20DE%20LOUCURA.pdf>.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro – genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil*, 1ª edição, São Paulo: Geração Editorial.
- Bandeira, M., Andrade, M.C.R., Costa, C.S., & Silva, M.A. (2011). Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(2), 236-244.
- Barbacena. (2001). Projeto de Saúde Mental de Barbacena. Documento apresentado no dia 25 de maio de 2005, reunião do Conselho Municipal de Saúde. Barbacena (documento não publicado).
- Barbacena. (2004). *Relatório de Gestão em Saúde Mental. Período de janeiro de 2001 à novembro de 2004: A construção de uma nova lógica assistencial e a consolidação do modelo da Reforma Psiquiátrica na cidade das rosas*. Barbacena (documento não publicado).
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada – Relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal.
- Basaglia, F. (2005) Carta de Nova York – o doente artificial. In: Amarante, P. (Org.) *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 151-160.
- Barreto, V., Vidal, C. E. L. (2007). Da tutela à Autonomia: Narrativas e Construções do Cotidiano em uma Residência Terapêutica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27 (2), p. 194-207.
- Barros-Silva, M. C. (2008). *Repensando os Porões da Loucura: um estudo sobre o Hospital Colônia de Barbacena*, Belo Horizonte: Argvmentvm.

- Benelli, S.J., Costa-Rosa, A. (2003). Geografia do poder em Goffman: vigilância e resistência, dominação e produção de subjetividade no hospital psiquiátrico. *Revista de Estudos de Psicologia*, PUC-Campinas, v. 20, n. 2, p. 35-49, maio/agosto.
- Becker, H.S. (1994). *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec.
- Birman, J. (1992) A cidadania treloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: Bezerra Jr., B; Amarante, P. (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício: Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 71-90.
- Birman, J., Costa, J.F. (2010). Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante, O. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*, p. 41-72. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Borges, C. F., Baptista, T. W. F. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(2), 456-468.
- Bosi, E. (2004). *O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social*. São Paulo: Ateliê Editorial.
- Brasil. (1998). Ministério da Saúde. Portaria n. 2.413 (1998, 23 de março). Dispõe sobre a Tabela SIH-SUS. Recuperado em 05 de outubro de 2014 de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2413.html>
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. (2006). *SUS: avanços e desafios*./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004a). *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Recuperado em 03 de março de 2014 de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf
- Brasil (2004b). Ministério da Saúde. *Residências Terapêuticas: o que são, para que servem*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Nacional de Saúde Mental.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004c). *Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS. Edição 2004/2005*. Brasília.
- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Brasília, DF, 56p.

- Brasil. (2011a). Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. *Relatório de Gestão 2007/2010*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 02 de junho, 2012, de portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf
- Brasil. (2011b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental em dados 9*. Ano VI, nº9, Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011c). Ministério da Saúde. Portaria n. 3.090 (2011, 23 de dezembro). Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Recuperado em 01 de outubro de 2014 de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Lei n.10.216 (2001, 06 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado em 20 de julho de 2013 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 10.708 (2003, 31 de julho). Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Recuperado em 20 de julho de 2013 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 106 (2000, 11 de fevereiro). Regulamenta a implantação das Residências Terapêuticas. Recuperado em 20 de julho de 2013 de http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 799 (2000, 31 de agosto). Estruturar, no âmbito da ASTEC/SAS, o Grupo Técnico de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental. Recuperado em 05 de janeiro de 2014 de <http://brasilsus.com.br/legislacoes/sas/9653-306.html>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 251 (2002, 31 de janeiro). Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Recuperado em 05 de janeiro de 2014 de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-251.htm>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 336 (2002, 19 de fevereiro). Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial de acordo com modalidades, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Recuperado em 05 de janeiro de 2014 de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>.

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 52 (2004, 20 de janeiro). Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Recuperado em 20 de julho de 2013 de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-52.htm>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 53 (2004, 01 de março). Estabelece a nova classificação dos hospitais psiquiátricos, prevista no Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Recuperado em 20 de julho de 2013 de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-53.htm>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2068 (2004, 24 de setembro). Destina incentivo financeiro para os Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências. Recuperado em 20 de julho de 2013 de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2068.htm>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.3.088 (2011a). 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. Recuperado em 05 de janeiro de 2014 de <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>.
- Carbonário, F. A. ; Azevedo, K.R.N ; Reinaldo, A.M.S. (2011). (Re)construindo Saúde na Comunidade com Educação: Práticas de Prevenção ao Uso de Álcool que se baseiam na Visão da Gestão Municipal. In: *V Simpósio de Saúde Coletiva e Saúde Mental - Caminhos e Descaminhos da Reforma Psiquiátrica Brasileira*, Belo Horizonte.
- Carvalho, F. (2003). *Barbacena, 100 anos de Psiquiatria!* Cidade de Barbacena Gráfica e Editora: Barbacena.
- Carvalho, J. M. (1966). *Barbacena: a Família, a Política e uma Hipótese*. Revista Brasileira de Estudos Políticos. Belo Horizonte, p. 361-98.
- Carvalho, C. A. P. R. de. As eleições de 1974 em Barbacena. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*. Belo Horizonte. n.43, p.362-398, jul., 1976.
- Clot, Y. (2007). *A função psicológica do trabalho*. 2ª edição, Petrópolis, RJ: Vozes.
- Delgado, L.A.N. (2010). *História oral: memória, tempo, identidades*, 2ª edição, Belo Horizonte: Autêntica.
- Delgado, P.G. (1992). *As razões da tutela*. Rio de Janeiro: Te Corá.
- Delgado, P.G.G., Schechtman, A., Weber, R., Amstalden, A.F., Bonavigo, E., Cordeiro, F., Porto, K., Hoffmann, M.C.C.L., Martins, R., & Grigolo, T. (2007). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In. Mello, M.F., Mello,

A.A.F., Kohn R. (Orgs.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. (pp. 39-83) Porto Alegre: Artmed.

Duarte, M. N., Passos, I. C. F. (2009). Barbacena: “Terra dos Bias e dos Andradas”, “Cidades dos Loucos” e “Cidade das Rosas”. In: Passos, I.C.F. (org.). *Loucura e Sociedade: discursos, práticas e significações sociais*, Belo Horizonte: Argvmentvm, p. 121-136.

Duarte, M. N. (1996). *"Ares e luzes para mentes obscuras" O Caso do Hospital Colônia de Barbacena (1922-1946)*. Dissertação (Mestrado em Ciência Política). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Duarte, M. N. (2009). *"De ares e luzes a inferno humano. Concepções e práticas no Hospital Colônia de Barbacena: 1946-1979. Estudo de Caso*. Tese (Doutorado em História). Centro de Estudos Gerais. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2009.

Duarte, M. N. (2011). In: Jacó_Vilela, Ana Maria (Org). *Dicionário de Instituições de Psicologia no Brasil*. Rio de Janeiro: Imago: Brasília< Distrito Federal, Conselho Federal de Psicologia.

Fassheber, V. B. (2009). *O processo de reforma psiquiátrica no Município de Barbacena-MG no período 2000-2004: um estudo de caso acerca da "cidade dos loucos"*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: s.n.

Fernandez, V.P.R. (2011). *Dilemas da construção de identidade imigrante: história oral de vida de chilenos em campinas*. Dissertação de Mestrado, Departamento de história, filosofia, letras e ciências humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Firmino, H. (1982). *Nos Porões da Loucura*, 2ª edição, Rio de Janeiro: Codecri.

Foucault, M. (1998). *Microfísica do poder*. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 295 p. Recuperado em 01 de novembro de 2014 de http://www.nodo50.org/insurgentes/biblioteca/A_Microfisica_do_Poder_-_Michel_Foulcault.pdf.

Furtado, J.P. (2006). Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS, *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), p785-795.

Furtado, J.P., Campos, F.C.B. (2011). Problemas de uma casa chamada serviço: buscando novas perspectivas de moradia para portadores de transtorno mental grave. In: Silveira, M.F.A.; Santos Jr., H.P.. (Org.). *Residências Terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização*. 1ed. Campina Grande: EDUEPB, p. 49-64.

- Furtado, J.P., Nakamura, E., Generoso, C.M., Guerra, A.M.C., Campos, F.B., Tugny, A. (2010). Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. *Revista Interface Comunicação Saúde Educação*, 14(33), p.389-400.
- Furtado, J.P., Tugny, A., Generoso, C., Nakamura, E. (2009). Inserção Social e Habitação: pesquisa avaliativa de moradias de transtornos de mental grave. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v. 1, n. 1, jan-abr.
- Gonçalves, A.M., Sena, R.R.S. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 9(2), 48-55.
- Goulart, M. S. B. (2010). Em nome da razão: Quando a arte faz história. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, v. 20, n.1, São Paulo.
- Goulart, M. S., Durães, B.F. (2010). A Reforma e os Hospitais Psiquiátricos: Histórias da Desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, v. 22, n. 1, p. 112-120.
- Guimarães Rosa, João. Sorôco, sua mãe, sua filha. In: *Primeiras histórias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, s.d. p.18-21.
- Guatarri, F. (1990). As três ecologias. Tradução Maria Cristina F. Bittencourt. Campinas: Papirus. Recuperado em 01 de novembro de 2014 de <http://claudioulpiano.org.br.s87743.gridserver.com/wp-content/uploads/2012/04/guattari-as-tres-ecologias3.pdf>.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305.
- IBGE, 2014. Censo Demográfico de 2013. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=310560&search=%7C%7Cinfogr%E1ficos:-dados-gerais-do-munic%EDpio&lang=>, acesso em 01 de novembro de 2014.
- Jacobina, R. R. *A Prática Psiquiátrica na Bahia (1874-1947)*. Estudo histórico do Asilo São João de Deus/Hospital Juliano Moreira. 2 v. 543 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001.
- Jorge, M. A. S. (1997). A construção do saber psiquiátrico. In: Jorge, M. A. S. *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRU, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado em 03 de janeiro, 2013, de http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00006302&lng=pt&

- Lancetti, A. (1989). Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. In: Lancetti, A. (org.). *Saúde loucura 1*. São Paulo: HUCITEC, 75-89.
- Laing, R. (1982). *Sobre loucos e sãos*. São Paulo: Brasiliense. 45
- Leal, R. M. A. C., Bandeira, M. B., Azevedo, K. R. N. (2012). Avaliação da Qualidade de um Serviço de Saúde Mental na Perspectiva do Trabalhador: Satisfação, Sobrecarga e Condições de Trabalho dos Profissionais. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 14, p. 15-25.
- Lougon, M. (2006). *Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Magro Filho, J.B. (1992). *A tradição da loucura – Minas Gerais: 1870-1964*. Coopned, UFMG, Belo Horizonte, 159p.
- Marcos, C.M. (2004). A reinvenção do cotidiano e a clínica possível nos “Serviços Residenciais Terapêuticos”. *Revista Psychê*, n. 14, São Paulo, p.179-190.
- Mattos, R. A. (2011). Ciência, Metodologia e Trabalho Científico (ou Tentando escapar dos horrores metodológicos). In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.) *Caminhos para análise das políticas de saúde*, p.20-51. Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.
- Meihy, J.C.S.B., Ribeiro, S.L.S. (2011). *Guia prática de história oral: para empresas, universidades, comunidades, famílias*. São Paulo: Contexto.
- Minayo, M. C. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*, São Paulo: Editora Hucitec.
- Minayo, M.C.S., Deslandes, S.F., Gomes, S. (1993). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Coleção Temas Sociais, 30ª edição, Petrópolis: Editora Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2009). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In S. F. Deslandes, R. Gomes & M. C. S Minayo (orgs.). *O desafio da pesquisa social*. (28a ed.). Rio de Janeiro: Vozes.
- Minayo, M.C.S., Souza, E.R., Constantino, P., Santos, N.C. (2005). Métodos, técnicas e relações em triangulação. In Minayo, M.C.S., Assis, S.G. & Souza, E.R. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais* (pp.71-105). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Pacheco, J. G. (2011). Representações sociais da loucura e práticas sociais: o desafio da desinstitucionalização. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Séries do Brasil 1, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia. Recuperado em 03 de janeiro de 2014 em <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>.
- Passos, I.C.F., Duarte, M.N., Londe, D.R., Barroso, L.G.S. (2007). Significação da Loucura e Modos de convivência Social com o Louco: estudo de caso na cidade de Barbacena/MG. In: *Práticas interdisciplinares em saúde mental na academia (PRISMA)*. Belo Horizonte, 1(32):239-258.
- Passos, I. C. F. (2009). *Loucura e Sociedade: discursos, práticas e significações sociais*, Belo Horizonte: Argvmentvm.
- Passos, I. C. F., Barboza, M. A. G., Souza, W. A. S. (2009). Os discursos da loucura em Barbacena: falar a loucura, fazê-la calar. In: Passos, I.C.F. (org.). *Loucura e Sociedade: discursos, práticas e significações sociais*, Belo Horizonte: Argvmentvm, p. 137-158.
- Paulin, L. F.; Turato, E. R. (2004). Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 11(2), 241-258.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 2nd Ed. Newbury Park: Sage Publication.
- Plataforma Brasil. (2012). Manual Ilustrado da Plataforma Brasil. 1ª Ed. Recuperado em 19 de maio de 2013, de http://www.una.br/images_anima/PlataformaBrasil.pdf.
- Portelli, A. (1997). Tentando aprender um pouquinho: algumas reflexões sobre ética na história oral. *Projeto História* (15). São Paulo: EDUC.
- Portocarrero, V. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 152p.
- Ramminger, T., Nardi, H.C. (2007). Saúde Mental e Saúde do Trabalhador: Análise das Conferências Nacionais Brasileiras. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 27 (4), 680-693.
- Ratton, H. (2009). *Em nome da razão* [CD]. Belo Horizonte: Quimera filmes.
- Resende, H. (2001). Política de saúde mental no Brasil: uma revisão histórica. In: Tundis, S., Costa, N. (org.). *Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- Resolução nº 050 (2006, 30 de outubro). Aprova o protocolo de pesquisa a ser submetido à Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPES) da UFSJ para

aprovação do projeto quanto aos seus aspectos éticos. CONSU – UFSJ, Parecer nº 48/2006, São João del-Rei.

- Rotelli, F., Leonardis, O., Mauri, D. (2001). *Desinstitucionalização*. Org. Nicácio, F. Hucitec. São Paulo, 112p.
- Santos, M. (2006). *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Saraceno, B. (2010). Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta, A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, p.13-18.
- Schuweizer, P.S., Júnior, W.P. (1997). Casa, Moradia, Habitação. *RAP*. Rio de Janeiro 31 (5), set/out.
- Setton, M.G.J. (2002). A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Revista Brasileira de Educação*. Maio/Jun/Jul/Ago, n.20, Universidade de São Paulo.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde*. Rio de Janeiro v.9(1), p.25-59.
- Toledo, J., Brandão, E. C. (2008). *(Colônia): uma tragédia silenciosa*, Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
- Tonini, M.D. (2010). *Além dos gramados: história oral de vida de negros no futebol brasileiro (1970-2010)*. Dissertação de Mestrado, Departamento de história, filosofia, letras e ciências humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Turato, E. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), São Paulo.
- Vecchia, M. D., Martins, S.T.F. (2009). Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Revista Interfaze – comunicação, saúde, educação*. v.13, n.28, p.151-64, jan./mar.
- Venâncio, A. T. A., Cassilia, J. A. (2007). História da política assistencial à doença mental (1941-1956): O caso da Colônia Juliano Moreira no Rio de Janeiro. Retirado de file:///C:/Users/K/Desktop/Dropbox/Mestrado%2006%20de%20janeiro%20de%202014/Ana%20Teresa%20Venancio.pdf , em 08 de outubro de 2014.
- Vieira, A.R.B. (1981). Organização e saber psiquiátrico. *Revista de Administração de empresas*, Rio de Janeiro, 21(4), 49-58.

- Vidal, C. E. L. Gontijo, E. C. D. M. & Bandeira, M. B. (2007). Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29 (3).
- Vidal, C. E. L., Bandeira, M., Gontijo, E. D. (2008). Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 57, p. 70.
- Vidal, C.E.L. Vidal, L.M. Fassheber, V.(2006). Residência terapêutica: uma nova modalidade de cuidados em saúde mental. A experiência de Barbacena. *Cadernos do IPUB*, 12 (22), 155-61.
- Weyler, A.R., Fernandes, M.I.A. (2005). Os caminhos das propostas de moradias para ex-pacientes psiquiátricos. *Revista Vinculo*, 2(2), São Paulo.
- World Health Association. (1994). *Division of Mental Health. Qualitative Research for Health Programmes*. Geneva: WHA.

Apêndices

APÊNDICE 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



07 de março de 2014

De: Prof.^a Tatiana Cury Pollo
Presidente da CEPES

Para: Orientador: Prof. Marcelo Dalla Vecchia – DPSIC
Pesquisador Responsável: Kennya Rodrigues Nézio Azevedo

Assunto: Parecer e considerações

Prezada pesquisadora,

O protocolo da pesquisa encaminhado por V.Sa. à Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEPES) da UFSJ, intitulada “Da Institucionalização a Desinstitucionalização: (RE) Construindo a História da Implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Barbacena/MG”, obteve o seguinte parecer:

“Pode-se concluir que o projeto de pesquisa Da Institucionalização a Desinstitucionalização: (RE) Construindo a História da Implantação dos Serviços residenciais Terapêuticos em Barbacena/MG está em consonância com os princípios éticos em pesquisa envolvendo seres humanos nos termos da resolução 196 e artigo referidos no protocolo de pesquisa da CEPES/UFSJ. Somos, portanto, de parecer favorável à aprovação do referido projeto, salvo melhor juízo.”

Atenciosamente,


Prof.^a Tatiana Cury Pollo
Presidente da CEPES/UFSJ

APÊNDICE 2 - TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo “DA INSTITUCIONALIZAÇÃO A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: (RE) CONSTRUINDO A HISTÓRIA DA IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM BARBACENA/MG”.

Os avanços nesta área ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é compreender a participação dos trabalhadores envolvidos no processo de implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos neste município e caso você participe, será necessário que você seja entrevistado.

Não há riscos ou desconfortos no estudo e não será adotado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número. Informamos ainda, que **o tempo estimado de sua participação na pesquisa é de seis meses.**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou

(nome do voluntário)

ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Barbacena//.....

Assinatura do voluntário

Documento de identidade ou

CPF

Assinatura do pesquisador responsável

CONTATOS:

Contato do pesquisador: Kennya Rodrigues Nézio Azevedo

Tel: (32)8833-2463

E-mail: kennyapsique@gmail.com

Contato com a CEPES/UFSJ: Universidade Federal de São João del-Rei - Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Tel: (32) 3379-2594

Endereço: Praça Frei Orlando, 170. Prédio da Biblioteca - Sala 3.27. Centro - São João del-Rei/MG. CEP 36.307-352

APÊNDICE 3 - CARTA DE CESSÃO

Local: _____ **Data:** ____/____/____

À pesquisadora Kenya Rodrigues Nézio Azevedo, mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ).

Eu, _____ (nome completo) _____, estado civil _____, portador(a) do documento (RG ou CPF) de nº- _____, declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, gravada em (data) ____/____/____ para a pesquisadora, usá-la integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e limites de citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso de terceiros ouvi-la e usar citações, ficando vinculado ao controle dos pesquisadores responsáveis, que tem a guarda da mesma.

Abdicando direitos meus e de meus descendentes, subscrevo o presente documento e autorizo o seu uso.

Nome: _____

Assinatura: _____