

LUTA ANTIMANICOMIAL E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM ALEGRETE (RS)

THE FIGHT AGAINST MENTAL HOSPITALS AND THE MENTAL HEALTH POLICY IN ALEGRETE, SOUTHERN BRAZIL

Maria do Horto Salbego¹, Maria Ceci Misoczky²

RESUMO

Esse artigo faz um breve relato sobre a história da saúde mental coletiva em Alegrete, relacionando-a com o movimento da Luta Antimanicomial, e sobre como essa luta se expressou e contribuiu para a criação de uma política de saúde mental, inserida na Reforma Psiquiátrica. Inicialmente, passa-se rapidamente pela reestruturação da saúde no município, sua relação com a Reforma Sanitária e com a Reforma Psiquiátrica. Logo a seguir, entra-se no período da implantação do serviço de saúde mental em Alegrete, situando a disputa entre o modelo manicomial e a orientação da Reforma Psiquiátrica. Depois, aborda a inovação, como estratégia de acumulação, fazendo referência ao controle social e ao novo desenho da Política de Saúde Mental em Alegrete.

Unitermos: Reforma do setor de saúde, saúde mental, psiquiatria.

ABSTRACT

This article outlines the history of the collective mental health in the town of Alegrete, southern Brazil, associating it with the fight against mental hospitals and how it contributed to the creation of a policy for mental health management. The authors briefly report on how health care services were restructured in the town, and the relation with the sanitary and psychiatric reforms. The period of implantation of the mental health service in Alegrete, when there was a dispute between the model of mental hospital and the orientation of the psychiatric reform, is also described. Finally, innovation is approached as an accumulation strategy, and the social control and the new design of the mental health policy in Alegrete are presented.

Key words: Health sector reform, mental health, psychiatry.

¹ Especialista em Saúde Mental Coletiva e em Serviços e Sistemas de Saúde. Assistente Social, Secretaria Municipal de Saúde de Alegrete, RS.

² Médica sanitarista. Mestre em Planejamento Urbano e Regional, Doutora em Administração. Docente e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) e do Departamento de Ciências Administrativas da Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Correspondência: Maria do Horto Salbego, Rua General Vitorino, 678/403, 97542-311, Alegrete, RS. Fone: (55) 422-3968. E-mail: mhorto@ibest.com.br

INTRODUÇÃO

A necessidade de transformação no campo da saúde mental surge no Brasil na década de 70, mas é nos anos 80, articulada ao processo da VIII Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência de Saúde Mental, que ela passa a ser representada pelo movimento da Luta Antimanicomial e traz para os profissionais da saúde uma

reflexão sobre o tratamento psíquico e a forma de se ver a loucura.

Os hospitais psiquiátricos integravam um espaço, legitimamente constituído, para o exercício da exclusão social. Em contraposição a uma prática de segregação e separação do cidadão portador de sofrimento psíquico do convívio na comunidade, a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial apresentaram como eixo de sua

ação a desinstitucionalização, tendo como base a inclusão social e o resgate da cidadania. A proposta da Reforma Psiquiátrica consiste, assim, em superar o modelo hospitalocêntrico, materializado na forma de atenção centrada nas grandes instituições que separam a pessoa do convívio social, negando o direito à cidadania. Neste sentido, a mudança na qualidade de vida e o compromisso com uma prática emancipatória passam a ser a razão e o fundamento da saúde mental.

Entendendo o município como o lugar potente para a transformação da prática da exclusão, o Rio Grande do Sul foi o primeiro ente federado nacional a estabelecer uma legislação afinada com a proposta de Reforma Psiquiátrica.

O município de Alegrete se inseriu no processo de luta da Reforma Psiquiátrica ao final da década de 80, após intensa discussão com os coordenadores da Política de Saúde Mental do estado do Rio Grande do Sul. Em 1989, iniciou uma primeira organização de suas ações em saúde mental. A partir desse momento, com intensa militância na Luta Antimanicomial, através do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, fortaleceu o compromisso com a mudança da realidade da exclusão e com a luta por uma sociedade sem manicômios.

Este artigo narra como se instituiu a Política de Saúde Mental em Alegrete, como ela foi gerando acumulação e mudando o comportamento dos profissionais de saúde e da comunidade. Consiste em versão resumida de trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, no âmbito do termo de convênio celebrado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde e operacionalizado pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS).

ALEGRETE NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA

O movimento da Reforma Sanitária foi um marco para a reestruturação da saúde em nosso país. Viveu-se, no território nacional, uma disputa que, em Alegrete, também teve seu desenho e sua impressão. Até esse período, a exemplo de muitos municípios brasileiros, Alegrete apresentava como meio para prover atenção à saúde a compra de serviços, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para os segurados da Previdência, ou o atendimento médico no centro de saúde para a população sem vínculo empregatício. Na luta pela democratização da atenção à saúde, algumas organizações do setor sindical, do movimento comunitário e dos trabalhadores em saúde

denunciavam a precariedade existente e reivindicavam uma nova estrutura de atendimento. Estes atores, junto ao legislativo municipal de Alegrete, terminaram por organizar a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS).

Em meio a esse processo, em 1987, foi criada a então Secretaria Municipal de Saúde, Meio Ambiente e Ação Social. Logo em seguida, ocorreu a assinatura do convênio de descentralização, já no âmbito do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), entre Prefeitura Municipal, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social. Esse período foi marcado pelo início da estruturação da rede de atenção municipal, sendo implantados vários postos de saúde e descentralizado o atendimento. Também nascia um esboço das ações interdisciplinares, que, em 1989, com a realização do primeiro concurso público municipal na área de saúde, se fortalece. A mobilização resultou, em 1992, na “municipalização da saúde” em Alegrete: primeiro município da fronteira oeste e um dos primeiros do Rio Grande do Sul a organizar uma rede própria de atenção à saúde. E, desta forma, a história da Reforma Sanitária em Alegrete está em muito vinculada à da saúde mental.

A ORIENTAÇÃO DA REFORMA PSQUIÁTRICA

O processo de abertura e democratização que o país viveu na década de 80, marcada pelo movimento das Diretas Já (1985), pela VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e pela Constituição Federal de 1988, fez-se presente também em Alegrete. E nessa caminhada emergiram novos atores sociais, surgindo, em julho de 1989, o Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental de Alegrete (SAISMENTAL), naquela época um ambulatório de atenção para doentes mentais. Para tanto, foram realizados uma investigação dos recursos existentes no município e um planejamento das ações necessárias no campo da saúde mental.

A intenção de adotar uma prática diferenciada da conhecida até então, centrada na exclusão da pessoa do convívio familiar e social, estava presente ao menos em parte da equipe. Uma das primeiras atitudes empreendidas foi a busca de auxílio externo, participando de um encontro organizado pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental e pela Coordenação Estadual da Política de Atenção à Saúde Mental, no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP).

Desde o início das ações de saúde mental, apareceram os princípios da descentralização, formação, participação e integralidade como parte do fazer em saúde mental. Os primeiros planos municipais de saúde men-

tal já traziam suas propostas estruturadas a partir das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (1).

Um aspecto fundamental, neste momento, é a capacitação dos profissionais da rede municipal de atenção, um dos marcos estratégicos na implementação da Política de Saúde Mental do município. Em 1990, integrantes da equipe participaram de vários momentos importantes: o IV Curso de Administração em Saúde Mental Coletiva, o IV Encontro Estadual de Saúde Mental (Porto Alegre) e o II Seminário Internacional de Saúde Mental Coletiva (Santa Maria). Em 1991, uma psicóloga fez o Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), e, no triênio 1992-1994, alguns integrantes da equipe realizaram o Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva na Universidade da Região da Campanha (URCAMP/Bagé).

Em 1996, conseqüente a propostas nascidas do Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva, é aprovado o projeto de lei municipal que regulamenta a Política de Saúde Mental, Lei nº 2662/96 (2), e realizado um curso de Administração em Políticas Sociais e Municipalização, financiado pela Prefeitura Municipal de Alegrete, com 10 vagas, e direcionado aos trabalhadores da saúde, da educação e membros do Conselho Municipal de Saúde. Fabricio & Salbego (3) referem-se a esse período como o de “lutar pelo direito à existência, momento de sair da clausura enquanto técnico e usuário, de constituir-se cidadão, de ser reconhecido pelos outros, de lutar por um lugar na comunidade”; de ter direito a ter idéia, rosto e corpo, do adocimento não significar a exclusão, concretizada na forma de atenção hospitalocêntrica (4). Fagundes & Oliveira (5) referem a importância da participação da sociedade no processo de transformação da atenção em saúde mental, apresentando o município como o lugar potente para essa transformação.

Nesse momento, o desafio foi utilizar estratégias que contribuíssem no processo de acumulação, para tornar a inovação na forma de atenção uma nova “regra básica” (6) e, assim, instituir um serviço onde o foco da atenção à saúde fosse o sujeito.

O contexto é do início dos anos 90. As diferentes concepções de abordagem no campo da saúde mental tornaram-se evidentes: uma, centrada no hospital psiquiátrico e no modelo médico hegemônico; a outra, no sujeito, onde o cuidado exige também estar inserido em seu local de vida. A orientação adotada seguiu a proposta contida na Reforma Psiquiátrica. Essa disputa vem a público no debate realizado na I Conferência Municipal de Saúde Mental (1991), onde circulou como proposta transformar um antigo hospital regional de tuberculose em hospital psiquiátrico, proposta essa derrubada na plenária. A estratégia utilizada foi mostrar que, em muitas situações, as pessoas com sofrimento psíquico já eram cuida-

das em Alegrete, além do que a internação em manicômio gerava precarização na qualidade de vida.

VESTINDO A CAMISETA: CONSTRUINDO O TERRITÓRIO

Quando foi criado o Ambulatório de Saúde Mental (1989), o primeiro lugar a abrigá-lo era sede de três grandes referências para a saúde na fronteira oeste: o Centro de Saúde de Alegrete, a 10ª Delegacia Regional de Saúde e o Hospital Alexandre Lisboa. Ocupou o local da 10ª Delegacia Regional de Saúde, que se mudou para o antigo centro de saúde, local instituído para atendimento da população considerada indigente. O estado não mais se ocuparia da atenção à saúde, pois essa prerrogativa estava passando a ser atribuição do município.

A recepção naquele local se deu com uma aposta, de um dos médicos do antigo centro de saúde, de que a existência da saúde mental não passaria de 6 meses. Na verdade, ficou-se pouco tempo naquele local, mas a territorialidade foi construída a partir daquela inserção.

Como tentativa de qualificar o trabalho, em 1991, buscou-se uma atuação conjunta ao Centro de Bem Estar do Menor (CEBEM) Agrícola (local que atendia crianças de 7 a 14 anos), transferindo para lá a praxiterapia, almejando formar um centro de convivência. Essa experiência durou cerca de 1 mês, pois havia dificuldade de acesso, o local era distante, sem transporte para os usuários. Retornou-se ao centro de saúde, sendo iniciado um trabalho descentralizado nas unidades de saúde da periferia e na zona rural. O foco do trabalho era a promoção da saúde. O projeto incluía reuniões com a comunidade para realização de feiras de produtos, cursos, debate de assuntos ligados à saúde, etc.

Em 1992, com a municipalização da saúde já efetivada, o Serviço de Saúde Mental passou a funcionar no prédio do INAMPS, hoje sede da Secretaria Municipal da Saúde. Nesse período, a oficina de criação começou a ganhar fôlego: trabalhava-se com oficina do corpo, de artesanato e de familiares desmistificando a doença mental, abordando as internações psiquiátricas e a necessidade de transformar essa prática.

Mais duas alterações de local ocorreram: para o bairro Joaquim Milano, em 1993, e para o antigo Hospital Alexandre Lisboa, em 1998.

A INOVAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE ACUMULAÇÃO

Seguindo a orientação da proposta de Reforma Psiquiátrica, as ações empreendidas visavam superar o

modelo hospitalocêntrico – “mudando a ênfase, da atenção em grandes instituições carcerárias, para uma atenção mais aberta e flexível na comunidade” (7) – e construir um novo projeto para saúde mental, com um enfoque desinstitucionalizante da doença e do sujeito, reorientando o modelo assistencial.

Novas formas de atenção foram sendo construídas a partir da inserção na Luta Antimanicomial. Para melhor ilustrar esse momento, faz-se necessário recorrer a Matus (8) e seu conceito de situação e de contexto situacional do ator, e, assim, entender como foi se instituindo a prática em saúde mental.

“A situação fala por si mesma e completa a linguagem formal, conferindo-lhe um significado livre de equívocos. O contexto situacional completa o texto da linguagem nas conversações, do mesmo modo como o contexto situacional completa a explicação do texto situacional pertinente à prática da ação vital. O significado não existe fora da situação” (8).

Nesta época, a equipe de saúde vivenciou um período de intensa construção/desconstrução/reconstrução de suas vidas. A saúde mental não representava apenas um serviço, uma forma de cuidar de quem estava sofrendo psicologicamente. Neste momento, ela transparecia um modo de ver a vida, de viver a vida. A equipe tinha adquirido clareza sobre o projeto que se propunha construir, e a comunidade já tinha certa cumplicidade e participava das ações, dos debates, das festas. As assembleias decidiam questões comuns ao serviço e à comunidade em seu entorno.

A conjuntura era de participação, de debates e questionamentos. A construção, responsabilidade de todos. Essa era a estratégia: articular conhecimentos, acumular poder, exercer o controle social.

Esse era o ritmo da equipe, dos familiares, dos usuários e dos amigos da saúde mental. A mudança para uma comunidade de bairro marca a existência dos atores que participavam desse processo, proporcionando um outro tom à prática. O tom deixou de ser solitário e tornou-se coletivo, frente à necessidade de consenso, a ser construído de forma coletiva. O que era uma ameaça transformou-se em potencialidade. Assim, o medo que inicialmente a comunidade teve em receber o Serviço de Saúde Mental tornou-se afeto, companheirismo, cumplicidade – características da forma de inserção no bairro Joaquim Milano (“COHAB Restinga”). Esse espaço proporcionou uma trajetória de mão dupla: o grupo (trabalhadores, usuários, familiares e comunidade) se constituía enquanto sujeitos, atores sociais, e construía um serviço de atenção integral.

Esse cotidiano de intimidade com as pessoas e com o local possibilitou que fosse recriada a práxis; tornou-se central na busca de soluções para a vida das pessoas,

na articulação entre os diversos movimentos que privilegiavam a construção da cidadania, na transformação da prática da exclusão. A territorialidade foi sendo construída desde o local, articulada à luta antimanicomial, tendo a desinstitucionalização como eixo estruturante da ação, da reorganização do modelo assistencial.

Então, para falar de um novo modelo de atenção em saúde mental, inserido na Reforma Psiquiátrica e condizente com as necessidades locais, foi fundamental reconhecer o município como espaço onde nos tornamos sujeitos, atores sociais: “o município é território da ação de sujeitos sociais implicados com a produção (...) o processo de produção de bens materiais e imateriais é processo de produção de espaços, de lugares” (9).

Misoczky coloca que não é possível entender qualquer território sem “compreender as relações de poder e os interesses em disputa, sem, enfim, incorporar o movimento e política” (10).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental adotou o conceito de territorialidade como forma de “dar à distritalização em saúde mental um caráter de ruptura com o modelo hospitalocêntrico, garantindo o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço de não abandoná-los à própria sorte” (11).

Nessa conjuntura, e entendendo o local e as relações estabelecidas como centrais ao processo, foi se instituindo uma nova forma de cuidado, desmistificando a loucura, seguindo as orientações da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Confrontando o “manicômio mental” (12), foi-se desconstruindo práticas e conceitos, construindo outros. Essa questão dos conceitos foi, e é, imperativa para uma prática em saúde mental que vise a inclusão social. A forma como é nomeado o fazer e os conceitos que o sustentam são fundamentais para a superação do modelo manicomial (13). Afinal, “saúde mental é colocar-se na encruzilhada, pondo palavras ao desconhecido, ao que não se sabe, ao que se oculta porque não se suporta, escutando a cultura, entregando a técnica e recuperando a palavra para que se funda num projeto político de transformação para a melhoria da vida de nosso povo” (14).

Para Fagundes, este conceito sustenta a multiplicidade de diálogos, dá suporte a processos criativos e tem vigor para propulsar políticas públicas (14).

É interessante ver como a criatividade foi a semente das novas formas de cuidado, gerando práticas antimanicomiais que produziram novos conhecimentos. Foi assim, inventando um pouco, estudando muito, compartilhando o pensamento, o conhecimento, a ignorância, que se construiu junto à comunidade alegretense a saúde mental coletiva. Para isso, o cotidiano foi trans-

formado, desde o “âmbito íntimo/individual até o sociocomunitário” (14). Viveram-se muitos conflitos, fizeram-se grandes investimentos, passou-se por muita capacitação. Criou-se um novo fazer, mas também se construíram novos conceitos, conceitos que ressignificaram os sujeitos dessa história. Buscou-se um conhecimento que fosse emancipatório, que produzisse novas tecnologias.

Um conceito de saúde mental coletiva, proposto por Fagundes, tem norteado esse processo, tanto no local como na região: “Um processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer políticas, ciências e administrações no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo-as e substituindo-as por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida” (14).

A proposta de atenção tornou-se cada vez mais complexa, e os trabalhadores se capacitaram em saúde mental coletiva para ter condições de enfrentar o cotidiano do trabalho, que certamente exigia mais que a habilidade para o atendimento do usuário. Os usuários e familiares também fizeram essa caminhada na busca de conhecimentos que lhes acenassem com a possibilidade de apropriação de seus direitos, fundamentalmente o direito à linguagem, a romper com o silêncio, silêncio que significava violência, que expropriava o direito à cidadania.

Contudo, viver esses espaços foi um desafio. E foi desafiando, confrontando as dificuldades que o dia-a-dia apresentava, superando limites para construir uma nova técnica, que nasceu outra forma de cuidado. O pensar e o fazer coletivo geraram coesão e propiciaram sustentabilidade às decisões.

Neste período, dentro das formas de atenção, contava-se com consultas individuais e em grupo, domiciliares ou em área hospitalar, grupos de convivência e de criatividade (específico para crianças), assessorias a creches e escolas, oficina de criação, oficina do corpo e da voz. Também se realizava internação psiquiátrica no hospital geral.

O acompanhamento hospitalar construiu-se numa rede de cuidados entre equipe, amigos, familiares e comunidade. Foi pactuado com o gestor municipal que nenhum encaminhamento para internação psiquiátrica pelo SUS sairia do município sem que o familiar passasse por uma entrevista com um dos trabalhadores especializados em saúde mental coletiva. A imagem desse momento ficou retratada num período onde não houve encaminhamento para tratamento psiquiátrico fora do domicílio pelo SUS.

Muitas vezes, para dar conta da complexidade que foi adquirindo a situação, houve mudanças na rotina do serviço. Em alguns momentos, houve transgressão das

normas, sendo necessário suportar medos e incertezas. Segundo Motta “é preciso compreender que existem fatos que não se enquadram nas regras e nos esquemas; portanto, normas são insuficientes e limitadas para direcionar as organizações. Torna-se necessário desenvolver maior relatividade na análise dos problemas organizacionais, e também ter maior sentido de interdependência e lateralidade de pensamento para se compreender a realidade além da ótica de uma profissão ou unidade organizacional” (15).

A necessidade desencadeada por uma determinada dificuldade conduzia à criação de uma maneira de dar conta da situação. Todos os grandes avanços foram conquistados dessa forma. Com o enfrentamento das precariedades, foram obtidas acumulações determinantes para a Política de Saúde Mental em Alegrete, como o atendimento ininterrupto em dois turnos, a internação psiquiátrica no hospital geral, os plantões de final de semana e feriados e o trabalho em rede através da assistência social, concretizando uma ação intersetorial.

O plantão começou a funcionar sem a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e só se tornou realidade porque, além do rodízio entre os trabalhadores, os familiares e o movimento social participavam efetivamente, contribuindo na confecção dos alimentos, na limpeza do prédio e nas atividades da oficina. Com o passar do tempo, os setores com os quais o serviço se relacionava também aumentaram, e os plantões passaram a contar sempre com a presença de grupos de jovens da comunidade, com capoeira, pagode, teatro. Em contrapartida, a comunidade do bairro usava o salão da oficina de criação para a realização de festas de confraternização, aniversários, etc.

Para a equipe, foi um momento que permitiu experimentar o não-conhecido, enfrentar os pré-conceitos, superar o sentimento de impotência, defrontar-se com paradigmas assumidos como verdade, pensar na prática, colocar mentes em movimento e, fundamentalmente, acreditar nas potencialidades e adquirir novas habilidades.

O PROCESSO DE ACUMULAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL

Ao mesmo tempo em que as formas de cuidados e técnicas se transformavam, o movimento social se fortalecia. Em meados de 1992, foi criado o núcleo de Alegrete do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM/Alegrete), que se articulou com diversos setores da sociedade, dando maior abrangência ao debate. Em 1994, esse núcleo organizou a participação da comunidade no II

Encontro Nacional da Luta Antimanicomial (Belo Horizonte, MG). Esse encontro foi estratégico para a consolidação da Luta Antimanicomial no município. A partir desse marco, é crescente o movimento social em torno da saúde mental.

Em 1995, surge como idéia, nas assembléias do FGSM/Alegrete, a formação de uma cooperativa da saúde mental – Qorpo Santo Cooperativa –, concretizada em 1998. Durante esses 3 anos, a cooperativa teve uma agenda de intensa participação: um grupo de mais ou menos 20 pessoas trabalhava para a confecção dos estatutos e, ao mesmo tempo, participava de eventos do campo da saúde mental no município, região, estado, outros estados e também em países da América Latina (Argentina, Paraguai e Uruguai). Além disso, eram realizadas oficinas de geração de renda, com lucro dividido entre os sócios que trabalhavam, ou com o objetivo de custear alguma participação nos encontros da Luta Antimanicomial.

Um dos momentos importantes da Qorpo Santo Cooperativa foi quando assumiu a confecção de 2.000 pastas para o III Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em Porto Alegre. Estava em processo de formação, a estrutura era mínima, mas a capacidade de utilizar fatos do cotidiano e participar dos jogos que a conjuntura possibilitava era potente. Naquele momento, entrou em cena um importante ator, José Ferrari. Esse ator cede temporariamente uma casa para abrigar a cooperativa e, no processo de participação, começa a montar um livro com “causos gauchescos”, que vinha escrevendo no decorrer de sua vida. Foi lançado através da Qorpo Santo, inclusive com parte dos direitos autorais para a mesma. Sua obra integra cinco livros, todos falando e contando “causos” da vida no pampa gaúcho. Este cidadão alegretense foi um dos amigos que acreditou e contribuiu para que fosse possível a saúde mental ter uma outra história no município.

No ano de 1996, através de todo esse movimento, uma psicóloga concorre a uma vaga na Câmara Municipal de Vereadores, sendo eleita como uma das mais votadas do município, fato esse que, ao mesmo tempo em que fortalece o campo da saúde mental entre a cidadania, também aumenta a disputa pelo poder, e os interesses em jogo se multiplicam. Em 1998, foi criada a Associação de Familiares e Usuários da Saúde Mental como forma de fortalecer o campo da saúde mental.

O processo político na saúde mental abriu espaços de participação e exercício do controle social. Em 1999, houve participação de integrantes da Luta Antimanicomial em plenárias realizadas pela Câmara Municipal de Vereadores para debate da Lei de Diretrizes Orçamentárias do município. Havia a participação de usuários e familiares em arenas decisivas para a saúde

de pública – com cadeira no Conselho Municipal e Regional de Saúde, no Conselho Municipal de Assistência Social e na Comissão Nacional de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde. Com isso, aumenta a capacidade de produção, de gerar eventos que se acumulam e estruturam, qualificando o processo da saúde mental. Matus coloca que “as fenoestruturas humanas, como habilidades e capacidades acumuladas, potenciam-se ou ponderam-se pelo que esses mesmos jogadores fenoestruturam em posses, no âmbito econômico e político” (8).

O PROCESSO DE ACUMULAÇÃO E O NOVO DESENHO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM ALEGRETE

Em meados dos anos 90, a saúde mental em Alegrete adquire “acumulação” suficiente para tornar-se uma inovação. Foi quando a população começou a compartilhar do cotidiano, contribuindo com o fazer, criando uma nova atitude em relação ao sofrimento psíquico.

Para Andrade, “o novo que é pretendido para o setor público trilha seus caminhos pelo processo da descentralização, pela concessão de autonomia e responsabilidade para os governos locais no desenvolvimento de políticas públicas. Mas também pela participação de diversos atores sociais na renovação e legitimação das ações públicas” (16).

É importante dizer que a inovação só chegou porque não havia outra forma de propor uma prática antimanicomial. A inovação se fez necessária tanto na atenção como na gestão; uma nova forma de cuidar não prescindia de uma nova organização e de uma outra forma de administrar.

Com isso, a organização do trabalho, da equipe multiprofissional e da abordagem interdisciplinar, reorganizando as ações técnica, política e administrativa, foi fundamental para romper com a burocracia profissional (17).

A necessidade de compartilhar práticas e saberes coloca-se de frente com a interdisciplinaridade e com a intersetorialidade. A atenção não pode mais servir de monopólio de uma disciplina ou setor, ela envolve muito mais que a assistência focada numa profissão, ou mesmo no setor. Assim, no cuidado em saúde mental, além da atenção psicossocial, a equipe também começou a se ocupar de outras necessidades dos usuários, como a falta de moradia, a gerência de recursos para a sua sobrevivência, a organização do espaço doméstico, etc. Junqueira alerta que “apesar dos problemas sociais manifestarem-se setorialmente, sua solução está na dependência da ação de mais de uma política”, sendo que

a intersectorialidade “constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços” (18).

É necessário salientar que o SAISMENTAL tinha certa autonomia. Essa autonomia e a cumplicidade da grande maioria da equipe – cumplicidade aqui entendida também como compromisso – possibilitaram avanços que levaram à substituição do Modelo de Atenção à Saúde Mental no município. Assim, o compromisso e a autonomia são fundamentais para o exercício do novo, já que a “inovação pede flexibilidade, descentralização e participação” (19).

Entendendo que a prática em saúde mental se instituiu no município de Alegrete como inovadora e gerou acumulação suficiente para mudar o comportamento é que vai se falar do crescimento da rede institucional de cuidados. Para melhor compreender como foi ocorrendo a acumulação, recorre-se à formulação de Matus sobre o processo e produção social, sobre como esse processo gera acumulação, ou seja, ganhos que vão mudando as relações de poder. Dependendo do resultado de uma determinada situação, acumulamos ou perdemos poder. As acumulações podem consolidar as regras instituídas pelo sistema social ou transformá-las, superando a ordem vigente, criando uma nova ordem, uma nova “regra básica” (8).

Para Matus, com exceção da natureza intocada, tudo que existe foi criado pelo homem, a partir de todo e qualquer tipo de recursos, “o poder político, os conhecimentos, as capacidades organizacionais, os recursos econômicos e o tempo, dentre outros. O ator desse processo de produção social é o homem, que se expressa mediante organizações e indivíduos que se destacam na luta para alcançar objetivos (...)” (8).

Esse processo une atores que nem sempre possuem os mesmos interesses. “O processo de produção social é um jogo competitivo entre desiguais, sujeito a regras que, por serem historicamente cumulativas, ao mesmo tempo em que impedem o caos do processo, regulam as vantagens adquiridas por uns em detrimento de outros” (8).

As regras do jogo podem ser alteradas durante o processo, a realidade é dinâmica e produz outras realidades como resultado da anterior.

“Os recursos que dispõem os jogadores aumentam, diminuem ou mudam de qualidade conforme seus acertos (...). Os movimentos ou jogadas constituem o meio que os jogadores utilizam para mudar suas acumulações, do mesmo modo que os atores sociais mudam a situação mediante ação humana” (8).

Matus coloca ainda que a capacidade de produção dos jogadores é adquirida na prática do jogo (8).

No jogo da saúde mental, entendendo que a mudança deveria estar articulada entre o técnico, o admi-

nistrativo e o político é que foi possível trabalhar com outra concepção do sofrimento psíquico, que não fosse a da segregação e da exclusão.

Participando da Luta Antimanicomial, debatendo nas conferências (saúde, assistência, meio ambiente, direitos humanos, etc.), nos encontros e seminários, inserindo-se nos diversos movimentos sociais, atuando na técnica e na política, foi-se gerando acumulação. É importante salientar que o município conta com uma lei que institui a Política de Saúde Mental, e hoje conta com uma rede de cuidados, com a organização de um Sistema de Saúde Mental. O SAISMENTAL integra o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), e deu origem a outros serviços. Além do SAISMENTAL, o município conta com um serviço para crianças e adolescentes (Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPSi), com a residência terapêutica, com leitos psiquiátricos no hospital geral. Alegrete também conta com um serviço para dependentes químicos, que foi proposto a partir de um Encontro Municipal da Saúde.

Ainda hoje a saúde mental coletiva em Alegrete conta com representação na Câmara Municipal. Também tem participado do jogo político, com candidaturas aos poderes Executivo e Legislativo estadual.

SAÚDE MENTAL: OUTROS TRAÇADOS DA HISTÓRIA

O processo da Reforma Psiquiátrica no estado do Rio Grande do Sul, nos últimos anos, avançou muito. Alegrete se inseriu nesse processo. Hoje, falar em saúde mental nesse território necessariamente é falar da luta pela inclusão social, de um cotidiano que teve que ser recriado. Esse processo de criação e recriação está presente em toda a comunidade, na forma como ela compartilha seu viver com o dito “louco”, e na forma como ele, o dito “louco”, briga por seus direitos, em especial seu direito à liberdade, ao convívio social, à diferença, numa sociedade que exige de todos a mesmice. Para Pelbart (12), é direito à desrazão, a “uma modalidade inédita entre pensar, viver e desarrazoar”.

É importante a reflexão sobre uma nova prática em saúde mental que respeite as diferenças, que garanta o direito ao tratamento e à sua recusa, que o adoecimento psíquico não signifique a exclusão concretizada numa internação em hospital psiquiátrico, e que, acima de tudo, acredite-se que uma vida digna é direito de todos.

Tem-se convicção de que muito conseguiu-se na saúde mental no município, que foram geradas acumulações suficientes para mudar comportamentos. Também tem-se a convicção de que a saúde mental, para

poder continuar sua trajetória e não congelar sua ação, necessita buscar novos conhecimentos, articular-se à comunidade, desde o local até a amplitude que é compartilhar o viver com outros povos.

Acredita-se que, para conquistar a Reforma Psiquiátrica, apontando para a emancipação do sujeito, é imprescindível a existência de atores sociais comprometidos com o **jogo**, com capacidade de articulação e estratégias de ação. Atores sociais que redesenhem a história da saúde mental e a própria história. Para isso, são necessários um esforço contínuo e a superação das contradições e conflitos. É preciso apropriar-se da história para construir uma nova realidade, sabendo que o passado está agindo em nós.

Para Ortega y Gasset, “esse passado não é passado porque passou para outros, mas porque forma parte de nosso presente, do que somos na forma de haver sido; em suma, porque é nosso passado. A vida como realidade é presença absoluta: não podemos dizer que algo existe se não for presente, atual. Portanto, se há passado, terá de existir como presente e agindo agora entre nós. Em face da razão pura físico-matemática existe, portanto, uma razão narrativa. Para compreender algo humano, pessoal ou coletivo, é preciso contar uma história. Esse homem, essa nação, faz tal coisa e é assim porque antes fez tal outra e foi de tal outro modo. A vida só se torna um pouco transparente ante a razão histórica. A vida humana é o que é em cada momento, em vista de um passado que no presente perdura e per-atua” (8).

REFERÊNCIAS

1. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde Mental. Alegrete; 1995.
2. Alegrete. Lei n.º 2662, de 16 de maio de 1996. Dispõe sobre a política de atenção integral a saúde mental no município de Alegrete. Alegrete: Câmara Municipal; 1996.
3. Fabricio M, Salbego MH. Alegrete: o diálogo. Revista FGSMC 1995;2:8-11.
4. Fagundes S. Exigências Contemporâneas. Revista FGSMC 1995;2:2-4.
5. Fagundes S, Oliveira D. Brasil: fio da navalha. Revista FGSMC 1992;1:8.
6. Misoczky MC. O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social. Porto Alegre: Dacasa Editora; 2002.
7. OMS/OPAS. Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasil, 2001;77:106.
8. Matus C. Adeus, Senhor Presidente: governantes governados. São Paulo: FUNDAP; 1996.
9. Righi LB. Município: território de produção de novas formas de gestão e atenção à saúde considerações sobre a aposta e suas implicações a partir de um processo de formação de gestores. Revista CEBES 2001(24):9-27.
10. Misoczky MC. (Re)Encontrando o espaço do território nas estratégias de organização da atenção a saúde. In: Misoczky MC, Bech J, orgs. Estratégias de organização da atenção à saúde. Porto Alegre: Dacasa Editora; 2002. Pp. 77-87.
11. Conselho Regional de Psicologia – 6ª Região. Trancar não é tratar - liberdade: o melhor remédio. 2ª ed. São Paulo 1997;60:77.
12. Pelbart PP. Manicômio Mental - A Outra Face da Clausura [texto]. São Paulo 1989;131:138.
13. Nunes JWA. O pensamento estratégico, a função social e a loucura. Revista FGSMC 1995;2:57.
14. Fagundes S. Saúde mental nas políticas públicas municipais. In: Cavalcante MT, Venâncio AT. Saúde Mental – Campos, Saberes e Discursos. Rio de Janeiro: IPBU; 2001. Pp. 265-275.
15. Motta PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record; 2000.
16. Andrade JA. O processo de inovação nas organizações públicas: integrando conceitos às práticas. In: XXV Encontro Nacional de Programas de Pós-Graduação em Administração, Anais. Campinas: ENANPAD; 2001. p. 1-12.
17. Mintzberg H. Criando organizações eficazes. São Paulo: Editora Atlas S.A.; 1995.
18. Junqueira L. Descentralização, intersetorialidade e redes. In: Anais de IX Colóquio Internacional Sobre Poder Local. Salvador: 2003. p. 3.
19. Junqueira LAP, Inojosa RM. Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficácia. Revista da Administração Pública. 1992;26:20-31.

