

Mendonça, E. F. *Estudo de determinantes da mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição no RMBH em 1991-1993*. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, 1995. (Tese de Doutorado)

Relatórios da Pastoral da Criança - 1995 a 1997.

Revista Ms/Comin. "Brasil: a monitorização da saúde da criança em situação de risco e o município". Ministério da Saúde, Coordenação Materno-Infantil, Unicef, março 1996.

## A CIDADE E A LOUCURA —

### ENTRELACES

ANA MARIA LOBOSQUE  
Miriam Abou-vo\*

#### SAÚDE MENTAL: UM PROJETO E SEUS PRINCÍPIOS

Este texto justifica-se a partir de uma interpelação sobre as mudanças ocorridas na saúde mental ao longo de quatro anos de gestão popular.

Tal questão nos leva, indubitavelmente, ao registro factual: o que havia antes, o que se modificou, o que foi criado, quais os novos serviços e as novas ações, quais as realizações concretas promovidas. Neste registro, há muito que dizer, todavia sua importância só se faz realçar devidamente quando a enumeração do que foi feito se articula a uma análise de seu impacto e alcance.

Torna-se necessário considerar as características do trabalho realizado em Belo Horizonte na área de saúde mental, em suas articulações e seu contexto; refletir sobre a direção que se procurou imprimir ao processo e as escolhas que se impõem pelo respeito a esta direção; avaliar, enfim, a coerência da trajetória assim determinada, tornando possível uma interrogação de seus efeitos.

Eis o projeto que este texto se coloca. Para tanto, sua abertura exige a nomeação dos princípios que guiaram nosso empreendimento:

a) Este trabalho, guiado pelo resgate da cidadania, historicamente negada aos usuários de saúde mental, entende a exclusão da subjetividade como dimensão decisiva de todo processo de exclusão da loucura. Daí a importância da construção de um trabalho clínico e uma prática política em que a *subjetividade* seja levada em conta.

b) Para além das questões da saúde mental, mas também subsidiadas por elas, a reflexão e a prática sobre a dimensão do *público*, os aspectos relativos ao convívio e à gestão na cidade levam-nos à aliança com aqueles

\* Ana Maria Lobosque é médica psiquiatra do Cersam Leste; coordenadora do Fórum Mineiro de Saúde Mental; supervisora de vários serviços de Saúde Mental da rede pública. Miriam Abou-vo é médica psiquiatra; coordenadora da Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

segmentos que se empenham por uma efetiva emancipação política e social. Por conseguinte, faz parte intrínseca do nosso compromisso aquele que estabelecemos com a defesa de um Sistema Único de Saúde, o SUS, entendendo a saúde como dever do Estado e direito do cidadão.

c) Ao programar e gerir as ações no âmbito da saúde mental, nós o fizemos numa clara perspectiva de *extinção do hospital psiquiátrico* e de seus similares excludentes e discriminativos, substituindo-os por um modelo inteiramente diverso. Ora, tal operação não pode consistir apenas em montar dispositivos complementares àqueles já existentes, e sim em promover uma *transformação da lógica assistencial*, que implica radical reordenamento de dispositivos.

d) Tal transformação, quando e onde ocorreu, só se fez possível pela *inteloção* constante com *movimentos sociais organizados*, mais particularmente com o *Movimento Antimanicomial*, cujo amadurecimento em Minas, ao longo dos últimos anos, trouxe subsídios de grande importância para a gestão municipal.

e) Uma *intervenção no âmbito da cultura*, possibilitando uma recriação das ideias sobre a figura do louco, foi, ao mesmo tempo, objetivo e efeito do nosso trabalho, através de ações interseletoresiais com outras Secretarias, de uma inteloção renovada com os meios de comunicação e de um apoio a todas as iniciativas em prol do convívio entre a loucura e a cidade.

Estabelecidos tais princípios, esperamos tê-los presentes nas linhas que darão a este texto seu corpo, tecido e sustentação.

#### ACOLHENDO NA SAÚDE PÚBLICA

Antes de abordarmos os aspectos próprios à saúde mental, vale refletir sobre sua inscrição no âmbito mais geral da Saúde.

O projeto da saúde mental tem sérias incompatibilidades com uma certa vertente do movimento sanitário, da qual poderíamos dizer, de forma um tanto caricaturesca, que se ocupa em impor saúde à população. A ênfase excessiva na chamada organização da demanda; o acento nos cuidados primários, na prevenção e na vigilância à saúde, quando se dá em detrimento do tratamento das doenças; a expectativa demasiada na racionalidade do planejamento; a tendência dominante à organização de programas para doenças estatisticamente constatáveis, paralela à recusa sistemática da chamada demanda espontânea; estes elementos, quando presentes numa concepção e prática sanitárias, fazem-nos lembrar e temer a tradição autoritária da medicina social em nosso país. A consideração da clínica, com sua vitalidade, seus imprevistos, sua presença irreduzível à ordem imposta e às diretrizes que não se inspiram no seu cotidiano, surge como um arejamento indispensável à saúde pública brasileira.

Pensemos, por exemplo, no Centro de Saúde – este núcleo decisivo para qualquer organização sanitária efetiva e que é, com tão grande frequência, justamente o espaço onde se revelam os impasses das práticas e ideologias que criticamos acima. Neste viés, o Centro de Saúde tende a constituir-se como espaço habitado por crianças robustas e gestantes saudáveis, em práticas de puericultura e afins, em que a presença do problemático, do difícil, enfim, do doente, vai-se tornando insuportável. Daí a coexistência de práticas preventivas, apresentadas como novas, ao lado de um modo de marcação de consultas absolutamente arcaico, em que as pessoas se inscrevem pelo critério único da ordem de chegada, sem qualquer consideração pela especificidade da demanda de cada um, pela maior ou menor premência de atendimento em cada caso. Enfim, o funcionamento se estrutura como se a burocracia fosse a única forma possível de ordem; como se a fila fosse a única disciplina possível. O transtorno, o distúrbio e o desequilíbrio orgânico ou mental não têm como encontrar lugar em tal contexto; por conseguinte, são sistematicamente excluídos da reflexão e da prática da chamada rede básica, como se absolutamente não lhe dissessem respeito.

Nesse sentido, a implantação da experiência do *Acolhimento* nos serviços de Saúde nos oferece grande interesse. Receber um cidadão num serviço público com a urbanidade e a cortesia a que tem direito, escutá-lo sobre aquilo que diz necessitar, atendê-lo ou encaminhá-lo de forma responsável conforme o caso; conforme o caso, ainda, simplesmente fornecer uma orientação ou não avaliar esta demanda enquanto pertencente à saúde; clinicar cotidianamente, admitindo modificar a rotina quando necessário para um caso que venha a exigir maior atenção; manejar o agendamento de forma diversa da fila ou da ordem de chegada, e sim de acordo com prioridades claramente definidas; preocupar-se com o estabelecimento de um vínculo entre o paciente e o profissional que o atende; todas estas ações de saúde, em sua simplicidade, nos parecem indispensáveis para a ruptura efetiva com a burocratização, eterna inimiga de qualquer elemento saudável no espaço público.

Esta experiência tem tido traços singulares no que diz respeito à saúde mental, área chamada sempre a responder do lugar de uma impossível prevenção: para ensinar o bom relacionamento na família, o bom comportamento na escola, o bom convívio com uma hipertensão ou uma diabete, a boa aceitação de um bebê recém-chegado e, ao mesmo tempo, tradicionalmente convocada a controlar e impor silêncio a tudo aquilo que não encontra lugar na imposição de uma ordem social. Nos hospitais, os loucos; nos Centros de Saúde, os pequenos desviantes – crianças ditas problemáticas, mulheres ditas deprimidas – e as práticas preventivistas em geral. Esta divisão, tão evidente no caso da saúde mental, nos parece típica do autoritarismo sanitário, cuja crítica desejamos ressaltar neste texto.

## DAS PROPOSTAS EMPAUTA

Não nos alongaremos aqui numa descrição da situação encontrada na saúde mental quando do início da gestão da Frente BH Popular. Basta delinear sua afinidade com a lógica denunciada no parágrafo que conclui a segunda parte deste texto. A assistência à saúde mental em Belo Horizonte dividia-se basicamente em dois segmentos, inteiramente desarticulados um do outro, seja quanto ao volume de trabalho, o perfil da clientela e sua credibilidade aos olhos da população. De um lado, um número expressivo de profissionais da área distribuídos de forma aleatória em Centros de Saúde, segundo o ideal de prevenção e controle, mas sem nenhuma proposta clínica ou diretriz institucional concreta que orientasse suas ações; de outro, o conglomerado dos hospitais psiquiátricos, espaço tradicional de exclusão, ocupando um lugar de recurso único para o atendimento de casos de maior gravidade.

Os profissionais de saúde mental, muitas vezes, não eram vistos com bons olhos nos Centros de Saúde. As dificuldades eram favorecidas por uma certa perplexidade dos Distritos Sanitários, que não tinham idéia do que fazer com esta estranha face da saúde, posta sob seus cuidados desde a municipalização. Na ausência da mediação dos distritos, as gerências estranhavam a posição de extremo isolamento dos técnicos de saúde mental, cujo discurso hermético situava as partes envolvidas nas comodidades do mal-entendido da comunicação. Quando ninguém precisa esforçar-se para entender ninguém, o resultado será inevitavelmente nulo em termos de interlocução e, por conseguinte, de produção e trabalho.

Assim, não se locava no assunto, como se esses técnicos estivessem sido absorvidos por alguma espécie de prática cabalística, não suscetível a questionamentos ou perguntas. Este silêncio poupava os gerentes do incômodo de interpelar o que vinha sendo feito, de colocar em debate as novas propostas e de assumi-las enquanto gestores. Quanto aos técnicos, geralmente se abrigavam no consultório, sempre com suas agendas cheias pelo tipo de clientela já descrito, sem poder nunca admitir novos casos; ou, para aliviar o mal-estar da administração, iam coordenar grupos de gestantes ou diabéticos. Tudo se passava, enfim, como se a saída para o isolamento da saúde mental e a sua inscrição possível numa prática coletiva consistissem necessariamente na organização de práticas grupais ou no acatamento automático de certas demandas ditas comunitárias.

Entretanto, os casos graves de sofrimento mental eram avaliados apenas nos hospitais psiquiátricos, e ali atendidos se e quando conseguiam uma vaga para internação. Não nos deteremos aqui nas críticas feitas pelo movimento antimanicomial à ação de silenciamento e violência exercida por essas instituições sobre seus usuários, ainda quando são aparentemente "bem tratados"; limitemo-nos a frisar que firmemente as subscrevemos. Tampouco faremos uma descrição ou análise da rede hospitalar psiquiátrica de Belo

Horizonte. Para as finalidades deste texto, basta informar que o número de leitos havia decrescido muito nos anos que antecederam o período aqui abordado, sem a criação de serviços substitutivos, de forma tal que casos muito graves não raramente permaneciam sem qualquer tipo de assistência.

Nesse contexto, as propostas da gestão municipal para a saúde mental, produzidas sempre em interlocução e parceria com os movimentos organizados de usuários e técnicos, eram bastante claras. Formularam-se os princípios que devem reger a assistência: a busca do consentimento e da participação do usuário em seu tratamento; o convívio à abordagem de seus conflitos sem renúncia à sua singularidade. Definiram-se as prioridades assistenciais: casos de psicóticos e neuróticos graves. Decidiu-se quanto aos dispositivos que possibilitariam a extinção do modelo manicomial: os centros de referência em saúde mental, territorializados, voltados para o atendimento das crises mais graves; os centros de convivência, favorecedores da produção cultural; a reestruturação do atendimento nos centros de saúde; os lares abrigados e pensões protegidas, as cooperativas e empresas sociais. Sustentou-se a necessidade do acompanhamento e fiscalização por parte do Poder Público no âmbito dos hospitais psiquiátricos. Foi questionada e repensada a atenção à criança e ao adolescente. Detendeu-se o constante investimento no ensino, na pesquisa, nas publicações, enquanto práticas que usem avançar no pensamento. Foi firmado o compromisso com as iniciativas culturais, sociais e políticas, voltadas para formas distintas de abordagem da loucura. Acreditamos ter resumido os principais aspectos das propostas para a saúde mental. Evidentemente, obteve-se maior ou menor sucesso em fazer valer cada um deles. Uma avaliação relativa ao que se propunha a saúde mental e daquilo que se conseguiu de fato é uma questão da qual não podemos nos esquivar. O problema consiste em não reduzi-la à constatação de que se pretendia construir um número  $x$  de centros de referência e conseguiu-se um número  $y$ , maior ou menor. Há números a apresentar, e o faremos. Há limites significativos nas conquistas que poderiam ter sido obtidas, e interessa-nos analisá-los. Simplesmente, tentaremos fazê-lo procurando reproduzir neste texto certos caminhos, tal como os trilhamos na saúde mental.

## GESTÃO PÚBLICA E MOVIMENTO SOCIAL

Tratamos até então da relação de uma cidade com seus loucos, assim como da espécie de mediação que convém ao Poder Público operar aí. Parece-nos, pois, necessário situar agora alguns comentários sobre tal relação na cidade de Belo Horizonte, considerando tudo aquilo que levou a gestão da Frente BH Popular não a propor ou iniciar uma retomada dessas relações, e sim a ter condições de apresentar-se como o braço executivo de questões em certo grau já discutidas e avaliadas na dimensão social.

O que entender aqui por dimensão social? Seria um equívoco grave imaginar que a sociedade belo-horizontina, ou mesmo seus segmentos politicamente mais avançados, teria toda uma consciência crítica, preocupações e propostas claramente definidas na área da saúde mental. Por outro lado, apontamos como questão de princípio do processo que analisamos a parceria do Poder Público com a movimentação de uma sociedade que se organiza. Convém, portanto, examinar tal movimento quanto às questões específicas tratadas aqui.

A exemplo das capitais mais desenvolvidas, Belo Horizonte vinha caminhando na direção de uma cultura manicomial solidamente implantada, tal como a encontramos ainda hoje em cidades mineiras como Barbacena e Juiz de Fora. Todavia, há pelo menos vinte anos, um curioso desvio de rota parece ter-se iniciado entre nós. Profissionais belo-horizontinos de saúde mental interessaram-se por certos saberes contemporâneos – uma filosofia como a de Foucault, uma sociologia como a de Castel, uma psiquiatria como a de Basaglia. Naturalmente, o acesso a tais conhecimentos é relativamente fácil para uma cidade na situação geopolítica de Belo Horizonte, e ter-se-ia podido encontrá-los sem maiores conseqüências; ao que tudo indica, porém, vieram ao encontro de questões importantes para alguns. Alguns – não todos, porém um número suficiente para procurar ativamente este caminho – trouxeram a Belo Horizonte os três autores citados aqui.

Disseminam-se, então, em diferentes espaços, críticas e debates que abordavam sob novo ângulo as questões suscitadas pela loucura. Este movimento embrionário veio aos poucos se fortalecendo, de forma tal que não chegou a oferecer mão-de-obra para a rede hospitalar privada, na época um importante mercado de trabalho. Muitos profissionais, valiosos em qualidade como em número, permaneceram ligados apenas ao serviço público, onde desde então ancorou-se a contestação ao modelo psiquiátrico vigente.

Evidentemente, nenhuma categoria específica poderia sustentar tal contestação sem incorrer no corporativismo. Iniciaram-se experiências interdisciplinares que, embora limitadas pelo enquadramento hospitalar, trouxeram mais e mais colegas de áreas diversas da saúde mental, possibilitando a constituição de um movimento organizado e combativo, que sobreviveu a vicissitudes diversas e fortaleceu-se ao longo do tempo. Intitulando-se Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental, seus membros promoviam encontros regulares e reivindicações e participaram na cena política com seus questionamentos e reivindicações e participaram de experiências várias, das quais citaremos duas aqui, pela expressividade que tiveram. Uma delas foi a auditoria realizada pela primeira vez pelo Poder Público em todos os hospitais psiquiátricos do Estado, que nos deixou a marca de encontrar milhares de vidas desumanizadas por anos e anos de internação, descaso, maus-tratos, amordeçamento. Constatamos, de for-

ma inescusável, a violência intrínseca ao aparelho manicomial e a vital necessidade de sua extinção. A outra experiência foi a de ter conhecido o trabalho de Santos, onde verificamos pela primeira vez esta extinção em processamento, dando lugar a uma riquíssima diversidade de práticas, dispositivos, invenções, para firmar em novas bases o trato com a loucura. Na verdade, só a partir daí pudemos formular com clareza nossas propostas para substituir o modelo criticado até então.

Assim, quando a Frente BH Popular venceu as eleições, o movimento dos trabalhadores de saúde mental pôde apresentar um projeto para o setor: um projeto que, em suas linhas gerais, foi assumido pela gestão municipal, coincidindo com as propostas já mencionadas neste texto.

Cumprido este histórico, há ainda algumas observações que gostaríamos de fazer sobre as peculiaridades do movimento belo-horizontino.

Uma delas diz respeito aos rumos tomados por este movimento desde os anos que se seguiram até o dia de hoje. Foi possível, por um lado, abrir espaço e favorecer a organização dos usuários e, por outro, articular-se com vários núcleos do movimento animacionista em nível nacional, cuja Secretaria Executiva Minas assumiu por dois anos. Data dessa época a criação do *Fórum Mineiro de Saúde Mental*, constituído por técnicos e usuários, entidade de presença forte e constante nas questões relativas à saúde mental da cidade. Também nessa época os usuários criaram sua própria associação. A nosso ver, estes novos rumos trouxeram vida para o movimento, ampliando suas perspectivas e renovando suas práticas e reflexões.

Uma outra observação: as relações entre a administração da Frente BH Popular e o movimento foram de parceria e respeito mútuo; este último conseguiu, todavia, resguardar a independência e a autonomia que convêm a uma organização social. Houve momentos em que se fez necessário questionar e, mesmo, pressionar a Administração por sua lentidão em cumprir certos compromissos ou por sua omissão na tomada de certas decisões. O movimento soube fazê-lo com a civilidade devida e a firmeza necessária.

Finalmente, uma terceira observação a respeito de algo que nos parece muito próprio da produção mineira em saúde mental: uma forma singular de preocupação com a questão do sujeito. Esta preocupação, certamente, é indispensável a toda prática viva de abordar as questões da loucura. Ela não está menos presente em Santos ou Trieste do que em Belo Horizonte; todavia o sujeito sempre nos interessou enquanto sujeito do inconsciente; sem a psicanálise, sem as indagações que nos trazem e a referência que nos inspira, nossas práticas de pensamento e trabalho não seriam o que são. Ora, a psicanálise costuma estar ausente das experiências políticas incisivas e claramente situadas à esquerda, como se quer a nossa. Parece-nos digno de nota, portanto, assinalar a fertilidade desta rara articulação.

## DO PERCURSO CUMPRIDO

Passamos, agora, a descrever e analisar as realizações na área da saúde mental que nos foram possíveis desenvolver ao longo de quatro anos, dentro do espírito dos princípios e propostas já apresentados aqui.

Começemos por enumerar as realizações. Foram criados quatro Centros de Referência em Saúde Mental, conhecidos como Cersams, que atendem seis das nove regiões em que se divide a cidade. Implantou-se o mesmo número de Centros de Convivência. Procurou-se reestruturar a prática da saúde mental nos Centros de Saúde. Foi dada atenção especial à assistência à criança e ao adolescente, que exigia urgente reformulação. Desenvolveu-se a atividade de controle e avaliação dos hospitais psiquiátricos da cidade, por parte dos supervisores municipais. Foram lançadas publicações e promovidos eventos diversos referentes às novas práticas. Atividades intersectoriais foram realizadas com outras Secretarias e com outros movimentos sociais. Enfim, um franco apoio foi dado a várias atividades – encontros organizativos, atividades teóricas, manifestações públicas, etc. – do movimento antimanicomial.

Cabe, agora, detemo-nos, ainda que brevemente, nestes itens, visando à análise e à elucidação de cada um deles.

Os Cersams constituem um dispositivo nuclear na proposta que apresentamos. Sua criação foi uma absoluta novidade para a cidade, que jamais conhecera algo parecido. Estão, atualmente, disponíveis doze horas por dia, de segunda a segunda, para o atendimento de casos de urgência e acompanhamento intensivo de crises cujas características não sejam compatíveis com o atendimento no Centro de Saúde, ou seja, casos em que há risco de passagem ao ato, o convívio sociofamiliar ininterrupto torna-se insupportável, o usuário requer uma atenção constante ou a conjugação dos problemas sociais com aqueles de ordem psíquica torna mais complexo o tratamento. Fica-se ali enquanto for necessário: passa-se o dia inteiro durante um mês, ou todas as manhãs durante uma semana, enfim, a passagem tem como marco o tempo exigido pela especificidade de cada caso. Admitindo que o sofrimento mental, enquanto singular e solitário, costuma afastar seu portador dos espaços de convivência, procura-se respeitar esta distância, ao mesmo tempo que se convivia o paciente a um retorno gradativo ao trânsito social. A combinação entre psicoterapia, medicação, oficinas, assembleias, passeios, acolhimento às questões da família e intervenção em certas situações familiares e sociais vai propiciando a cada paciente a chance de retomar a própria vida como sua, como sujeito e como cidadão. O cotidiano de um Cersam leva à invenção de uma infinidade de figuras clínicas, que se caracterizam por romper com qualquer ortodoxia, ao mesmo tempo que se sustentam com incommum rigor.

Dissemos que os Cersams foram algo de radicalmente novo para a cidade; vale acrescentar que não o foram menos para os usuários do que para os técnicos, para a população do que para os administradores. Assim, os usuários e suas famílias passaram a conviver com a possibilidade de encontrar um serviço aberto para as situações de crise, totalmente diferente do hospital psiquiátrico, os técnicos viram-se às voltas com a tarefa de enfrentar concretamente a sua aposta numa “sociedade sem manicômios” e os gestores passaram a coordenar serviços inteiramente novos não só em sua concepção clínica e ideológica, mas também, não esqueçamos, para a Administração Sanitária Municipal. Pensemos, por exemplo, nos Distritos Sanitários que até pouco tempo atrás geriam apenas Centros de Saúde e algumas referências secundárias de especialidades médicas. Jamais se havia colocado ali a questão de sua responsabilidade em face dos casos de sofrimento mental grave, historicamente assumidos pelos hospitais estaduais ou conveniados e alheios às preocupações da gestão municipal. Assim, a questão da urgência, tradicionalmente ausente dos Distritos Sanitários, surgiu-lhes justamente sob a forma da urgência em saúde mental. De qualquer forma, o envolvimento com os Cersams tem sido para os Distritos Sanitários uma experiência ao mesmo tempo desorientante e produtiva, em que se aprende com a crise a redefinir nortes e rumos.

O tema dos Cersams e de suas posições nos distritos leva-nos a retomar um ponto já abordado aqui: a questão da rede básica e sua contribuição possível para as novas orientações em saúde mental.

Os Cersams, embora guardando as peculiaridades que lhes são conferidas pela trajetória da saúde mental em Belo Horizonte, são visivelmente inspirados nos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), de Santos, que por sua vez inspiram-se em serviços semelhantes em Trieste. Todavia, por aspectos que lhes são próprios, estas duas cidades optaram por situar tais serviços como a oferta essencial da rede pública; não trabalham com ambulatórios de saúde mental nem com profissionais desta área em centros de saúde. A assistência, em seus diversos graus e modos de necessidade – das consultas às semi-internações –, é sempre oferecida nestes chamados serviços fortes. Em Belo Horizonte, diferentemente, a rede inclui a presença de equipes mínimas de saúde mental – psiquiatra e psicólogo – em muitos dos Centros de Saúde.

Cabe situar esta presença. Ela não se inscreve de forma alguma na psiquiatria comunitária à americana, que propõe os níveis primário (rede básica), secundário (serviços especializados) e terciário (hospital). Este tipo de hierarquização apóia-se em pressupostos dos quais discordamos firmemente. Um deles consiste em defender explicitamente a manutenção dos hospitais psiquiátricos, situando o problema não em sua existência, mas sim em seu uso abusivo ou inadequado. Outro pressuposto prevê implicitamente a necessidade de um local de depósito para onde enviar aqueles casos cuja

presença no espaço social mostra-se difícil. Esses casos exigem das equipes disposição e inventividade no trabalho, que não surgem nunca quando se trabalha com a idéia de uma instância última para onde se pode remeter o paciente, sobretudo se esta instância tem os traços de um aparato hospitalar. Assim, nutre-se a expectativa otimista de que as pessoas funcionariam dentro da proposta do sistema, ou seja, de que seriam internadas quando em crise muito grave, depois voltariam para o ambulatório e, quando piorassem um pouco, recorreriam a um serviço intermediário, e assim por diante. Na verdade, essa concepção se desmorona quando as pessoas deixam de funcionar como se espera, e os casos mais complexos, seja pela gravidade psíquica, seja pela dificuldade de reinserção sociofamiliar, acabam sendo, como sempre foram, encaminhados para o destino da exclusão.

Por conseguinte, temos insistido sempre: os Cersams não se caracterizam como serviços intermediários ou secundários e nem se destinam a complementar os hospitais psiquiátricos, mas sim a substituí-los, conjugados com uma série de dispositivos e ações. Neste ponto, aliás essencial, estamos inteiramente de acordo com Santos e Trieste. Ora, se assim é, por que, diferentemente deles, aqui se tem mantido um lugar para a saúde mental nos Centros de Saúde, correndo o risco deste mal-entendido que pareceria situar-nos no esquema do "primário-secundário-terciário"?

O município de Belo Horizonte encontrava-se na situação de já possuir um grande número de técnicos de saúde mental na rede básica envolvidos em práticas de pouca ou nenhuma afinidade com aquelas que se podem inscrever na perspectiva aqui defendida. Apesar das dificuldades, a Secretaria Municipal de Saúde não hesitou em removê-los ou remanejá-los, quando tal necessidade colocou-se com clareza: foi o caso, por exemplo, de um megaambulatório psiquiátrico desdobrado em Cersam, centro de convivência e atenção à criança, a partir da demonstração de que os mega-ambulatórios em saúde mental não têm resolubilidade, e sim, pelo contrário, sérios efeitos de latrografia.

Assim, poder-se-ia operar a redistribuição ou o reagrupamento do pessoal da rede básica para fazer, por exemplo, novos Cersams. Todavia, além das dificuldades quanto ao número de Cersams necessários para uma cidade do porte de Belo Horizonte, das limitações referentes a áreas físicas e outros recursos materiais, dos problemas suscitados pela composição de novas equipes à revelia dos profissionais e de vários aspectos, enfim, e preponderando sobre eles, colocava-se a aposta da saúde mental num investimento norteador do conjunto das ações da Secretaria Municipal de Saúde: aquele de transformar a concepção e a prática dos Centros de Saúde, inscrevendo-os num movimento sanitário democrático e vivo, comprometido de fato com a população.

Ademais, uma indagação persiste, sem resposta consensual entre nós, no que diz respeito à melhor maneira de estruturação da rede: seria de fato

preferível concentrar os atendimentos nos Cersams ou Naps, ou seria interessante a coexistência destes serviços com um espaço distinto e claramente delimitado para o atendimento ambulatorial?

De qualquer forma, optando-se por manter a lotação desses profissionais na rede, exigia-se um reordenamento de seu trabalho. Cabe-lhes receber os pacientes graves que já não requerem, ou não chegam nunca a requerer, um espaço do tipo dos Cersams. Por outro lado, não podem simplesmente recusar aqueles pacientes já marcados por uma longa trajetória de psiquiatrização.

Já tendo descrito aqui o tipo de prática comum nos Centros de Saúde, é fácil deduzir que uma mudança para torná-la compatível com a lógica aqui sustentada encontrou e tem encontrado oposição por parte de alguns profissionais da saúde mental. A questão que se colocou, e persiste ainda, reside em convencê-los a assumir as novas diretrizes de trabalho. Este convencimento, se não pode ocorrer pela conversão a um ideal nem pela imposição do autoritarismo, deve, todavia, ser claramente assumido como uma função dos gestores nos diversos níveis. Não se pode admitir, da parte de funcionários públicos, posições de desdém ou alheamento em face dos princípios vinculados não a uma "ordem do governo", mas a um ordenamento produzido por toda uma luta política e social.

Sob esse aspecto, efetuou-se uma modificação digna de nota, que promoveu uma participação mais ativa dos Distritos Sanitários: a coordenação regional das ações de saúde mental, antes deixada a cargo de um profissional da área - a chamada referência técnica - tornou-se responsabilidade dos diretores de Atenção à Saúde. Desta forma, a saúde mental tem deixado de ser uma área à parte, para tornar-se, pouco a pouco, uma das partes de um projeto geral da saúde.

Um importante empreendimento foi a realização de seminários de saúde mental nos vários Distritos, aliás diferentes entre si quanto ao número e à capacitação dos profissionais, e quanto ao nível de discussão, receptividade ou resistência às novas propostas. Nestes eventos, a Coordenação de Saúde Mental pôde apresentar seu projeto e expor seus argumentos, assim como os técnicos e os próprios gerentes dos Centros de Saúde, para os quais esta posição não era clara, tiveram oportunidade de expor dúvidas e reexaminar posições. Questos tão mínimos quanto básicos foram estabelecidos então: o acolhimento, implicando a alteração do hábito de "deixar a agenda na porta"; a prioridade para os casos graves; o compromisso com o atendimento de egressos de hospitais psiquiátricos e com os pacientes encaminhados pelos Cersams; a necessidade de romper com o automatismo da resposta oferecida aos problemas do atendimento infantil. Vários Distritos desenvolveram a prática de reuniões mensais da equipe de saúde mental, com a participação de gerentes e dos coordenadores da Atenção à Saúde. Esta prática, nos lo-

cals em que se manteve, proporcionou não apenas uma nova interlocução entre a saúde mental, as gerências e o Distrito, como também a construção de um espaço coletivo, favorecedor de articulações e debates.

Ao longo desses anos, enfim, ainda não podemos dizer que a maioria dos profissionais da rede básica modificou de fato sua forma de agendamento, seu estilo clínico, sua resistência a um outro modo de trabalho. É evidente, porém, a mudança de postura por parte de um número significativo entre eles. Já não é possível mais recusar atendimento a um caso grave ou a um egresso. Insistindo firmemente nesse ponto, foi possível conseguir que os pacientes de alta hospitalar saiam já com a consulta marcada em um Centro de Saúde. Em alguns Distritos, já se promovem visitas domiciliares aos egressos que não chegam até o Centro de Saúde. O prosseguimento do tratamento iniciado nos Cersams pode ser obtido, embora exija da equipe do Cersam todo um empenho no processo – conversando com o profissional para o qual está encaminhando o caso, envolvendo também a gerência do Centro de Saúde, enfim, demonstrando firmemente a importância do atendimento.

Passemos ao aspecto da reformulação da atenção à criança, que tem ligação estreita com alguns dos pontos discutidos. A situação vigente quatro anos atrás era a de uma psicologização crescente de todos os problemas infantis: os Centros de Saúde eram solicitados a receber em psicoterapia um grande número de crianças com problemas de comportamento e aprendizagem, e as escolas de ensino especial eram demandadas para qualquer caso que se desviasse um pouco do padrão da escola comum. Daí, problemas sérios: psicólogos com a agenda lotada, atendendo crianças que não tinham, elas próprias, qualquer demanda de atendimento; escolas promovendo encaminhamentos em massa para a Psicologia, ou reivindicando a presença constante de uma psicóloga em seu espaço; escolas de ensino especial sem vagas para crianças com necessidade efetiva de estarem ali; ineficiência diante das crianças psicóticas e autistas, inteiramente ignoradas pela rede.

A interlocução entre saúde mental e educação era até então inexistente; havia resmungos dos dois lados. Atribuindo à saúde mental um enorme poder, a educação queixava-se por não receber dela a ajuda necessária, e lamentava eternamente sua própria impotência. Por outro lado, os profissionais da saúde mental acusavam a incapacidade das escolas e diziam-se assobrerados por um trabalho que deveria caber à educação, embora aceitassem passivamente a demanda que lhes chegava. A velha escapatória do "toma que o filho é seu" ilustra muito bem a posição dos envolvidos nesta história, inclusive as famílias, supostamente incapazes de criar seus próprios rebentos sem a assessoria de alguma instância *psí*.

Tal situação demonstrava claramente a função disciplinar atribuída pela cultura à saúde mental: a escola, a família, e outros espaços sociais demandavam dos profissionais da área uma uniformização das diferenças e uma

normalização do devir. Para abordar os problemas criados por tal demanda, um longo e contínuo trabalho tem sido necessário.

Um passo essencial foi a constituição dos fóruns regionais de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente, com a participação de profissionais de saúde mental e da educação, membros dos Conselhos Tutelares e de outras instâncias comunitárias, e das famílias. Estes fóruns, até hoje atuantes e ágeis, foram fundamentais para alcançar as bases de uma outra abordagem da questão infantil: criaram um espaço de diálogo no qual o compromisso substituiu a reclamação e propiciou a definição das especificidades de cada segmento envolvido, assim como o reconhecimento de suas interações. A produção de cada fórum varia muito conforme as regiões; de qualquer forma, eles vão aos poucos modificando a mentalidade vigente nas questões da infância.

A gestão municipal preocupou-se, naturalmente, em definir medidas concretas para os serviços públicos envolvidos. Por exemplo, lotação de equipes de atendimento infantil (psiquiatra infantil, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo) em alguns Centros de Saúde para os casos que requeriam de fato atendimento especializado; um trabalho constante para que os profissionais dos demais Centros de Saúde não deixassem de atender crianças quando necessário, dentro de suas possibilidades; traçado de critérios para o encaminhamento das escolas aos serviços de saúde mental; maior precisão nas solicitações para as escolas de ensino especial; criação e recurso a outras alternativas culturais, como o projeto *Arte na Saúde*, do qual falaremos mais adiante; a real preocupação com a criança psicótica ou autista, considerada como prioridade clínica para atendimento. A educação, por sua vez, inaugura a escola plural: feliz coincidência do surgimento de um novo modelo educacional, numa forma de ensinar que respeita a subjetividade, logo a diferença.

Estas medidas foram durante todo o tempo discutidas nos fóruns e nos demais espaços envolvidos com as questões em pauta. Assim, podemos dizer que a transformação da lógica assistencial vem também ocorrendo na atenção à infância, área que propicia, de forma muito particular, o trabalho intersetorial e a intervenção na cultura, que nos leva aos Centros de Convivência – dispositivos absolutamente essenciais para conferir ao nosso trabalho a marca que lhe é própria.

Os Centros de Convivência desenvolvem um trabalho de curiosa simpatia: rompem com o tecnicismo presente em tantas concepções na área da saúde mental, ao mesmo tempo que recolocam em termos novos as relações entre arte e loucura. São espaços de produção cultural e artística – oficinas de música, artes plásticas, bijuterias, etc. – destinados aos usuários da saúde mental, que ali se encontram sem qualquer mediação *psí*; inclusive, funcionam em espaços da Secretaria de Desenvolvimento Social denomina-

dos Centros de Apoio Comunitário (CACs), onde circulam crianças, velhos, alunos de cursos profissionalizantes, portadores de sofrimento mental. Os monitores são artistas plásticos, músicos, artesãos, e não técnicos de saúde mental. Assim, os usuários fazem alhures, nos Cersams ou Centros de Saúde, seu tratamento *stricto sensu*, frequentando os centros de convivência como um primeiro passo em direção à produção e ao trabalho.

Situe-mos mais claramente onde nos parece residir a originalidade da proposta. Reconhecer o portador de sofrimento mental como tradicionalmente apartado da circulação social não implica "ressocializá-lo", na conotação adaptativa do termo, mas restituir-lhe as possibilidades de presença e participação na cultura. Daí a importância fundamental de propiciar-lhe o acesso àquilo que a cultura produz numa de suas dimensões mais peculiares: a arte.

A arte é peculiar na cultura porque costuma nascer das brechas, do descontínuo, ali onde se estende a uniformidade. Todavia, este rasgo no uniforme não a impede de fazer registrar-se no social, criando outros laços, formas e dizeres. Uma reconstrução pode seguir-se ao corte, que não consiste em cerzi-lo nem denegar seus traços: este não é um exercício de arte? O louco, que porta a marca de uma ruptura psíquica, encontra na produção artística novas maneiras de produzir-se, ao mesmo tempo que inicia sua reinscrição cultural. Naturalmente, a maioria dos usuários não se torna artista, e muitos deles nem mesmo se interessam muito ou são particularmente hábeis nas atividades artesanais, mas, neste primeiro momento de retorno, o fazer com as cores, com as formas, com as mãos tem uma função necessária e própria.

Quanto ao mais, parece-nos haver um certo tipo de sensibilidade comum à loucura e à arte, que não faz dos loucos artistas nem dos artistas loucos, mas vem designar-lhes um território comum: lidam ambas com o problema de fazer reconhecer o intraduzível das coisas, que só com outras palavras se podem dizer.

O projeto Arte na Saúde, voltado para o público infantil, conduz a esta mesma proposta. Aproveitando espaços comunitários de um bairro que é uma das áreas de risco da cidade e utilizando como monitores pessoas da própria comunidade, inclusive portadores de sofrimento mental, oferece oficinas diversas para crianças que até então eram clientela cávia, literalmente, da saúde mental, para onde eram remetidas pela escola, e/ou de um futuro na rua. Conviver crianças, sejam ardeiras ou inibidas, a fazer arte neste espaço tem sido certamente, para crianças e adultos, uma forma divertida de travessura.

Iremos, agora, brevemente, referir-nos às publicações e às atividades e eventos teórico-clínicos promovidos pela gestão municipal. Foram publicados pela SMSA os fascículos *Urgência semi Manicômios* e *Dispositivos de Tratamento em Saúde Mental na Rede Pública*, produzidos pelo Cersam-Barreiro; a revista *A Lua e a Cidade*, produção coletiva dos usuários da saúde mental; o jornal *Sirinini*; o livro *Lei Carlião em Debate*. Houve também publicações em

parceria com a educação, como a revista *Re-Curso*. Também com a educação organizou-se o seminário *Autismo e Psicose*, evento de significativo porte. Encaminhou-se uma pesquisa com as características de um censo sobre essas crianças na cidade. Ofereceu-se supervisão clínica regular para as equipes de saúde mental de alguns Distritos. Enfim, foi oferecido co-patrocinio para inúmeros eventos de saúde mental promovidos por instituições e entidades da área, propiciando a participação dos profissionais da rede.

Na esfera das atividades intersectoriais, já citamos diversos empreendimentos em parceria com a Educação e mencionamos a participação do Desenvolvimento Social nos Centros de Convivência. Com relação a estes últimos, cabe ressaltar a grande importância do convênio com a Cáritas, entidade da CNBB cuja intervenção prioritária junto à população excluída nos assegurou um trabalho coerente, firme e, principalmente, consistente.

Um interessante processo de trabalho envolvendo diversas Secretarias e entidades – a Secretaria de Desenvolvimento Social e a Coordenadoria de Direitos Humanos, a Cáritas, a Pastoral de Rua – lidou com alguns aspectos do grave problema da população de rua. Conseguiu-se dar visibilidade social a personagens, como moradores de ruas e loucos, até então colocados à margem dos projetos da sociedade em geral. Outras ações e propostas surgiram, inteiramente diversas das concepções anteriores de "limpeza da cidade" desses tradicionais indesejáveis. Além disso, os moradores de rua que eram loucos passaram a receber uma atenção diferenciada, com a devida abordagem clínica, já não mais entendida como internação definitiva no hospital psiquiátrico, ou puro e simples vaivém entre o hospital e a rua.

Cabe sublinhar, ainda, o constante apoio dado às iniciativas do *Movimento Artimanicomial*, desde atividades locais, como infra-estrutura para passadas e co-patrocinio de eventos, até o respaldo oferecido ao *II Encontro Nacional do Movimento*, realizado em Belo Horizonte.

#### DESCONSTRUINDO PARA TRANSFORMAR

Enquanto todas estas experiências eram criadas e se desenvolviam, surgiam algumas indagações: numa ótica em que se prevê a extinção dos hospitais psiquiátricos, como lidar com sua presença na cidade? Como tratá-los, quando já não se nutre a expectativa de inseri-los na construção da rede?

Fica claro que a extinção definitiva dos hospitais psiquiátricos depende não apenas da consolidação e do desenvolvimento da rede na capital, como também da implantação de serviços substitutivos nas diferentes regiões do Estado. Todavia, enquanto tal processo transcorre, com maior ou menor eficácia e rapidez, somos chamados a pensar e a praticar uma forma temporária de enfrentamento com instituições cuja inviabilidade conhecemos e proclamamos. Este problema parece-nos suficientemente provocante para merecer abordagem numa parte específica, dentre as diversas que compõem este texto.

Um outro ponto de partida para abordá-lo: a montagem de ações e serviços voltados para a substituição do aparato manicomial não bastaria, por si só, para a reversão lógica da assistência que situamos como objetivo. Impunha-se a necessidade de uma política relativa aos hospitais psiquiátricos que apontasse claramente para a sua desconstrução.

Belo Horizonte, assim como a maioria dos municípios brasileiros, possui 80% de sua rede hospitalar no setor privado. Cerca de 1.400 leitos psiquiátricos compõem seu parque manicomial. Em tal contexto, nada mais oportuno do que "a ousadia de fazer cumprir a lei". A municipalização semiplena possibilitou a Belo Horizonte assumir o papel de gestor efetivo do sistema, sem colocar-se apenas como mais um prestador em um sistema gerenciado em nível central.

Um trabalho conjunto articulado com o Controle e Avaliação Hospitalar da Secretaria Municipal de Saúde facultou-nos avanços e conquistas, cabendo particular destaque à supervisão hospitalar.

O compromisso ético com um projeto assistencial voltado para a qualidade das ações e para a desospitalização foi o quesito principal para a escolha dos supervisores. A sua presença quase sempre diária não se restringe à fiscalização das faturas, mas vai além, contemplando o acompanhamento das condições físicas e sanitárias do hospital, as discussões de casos clínicos e reuniões com os profissionais envolvidos, o contato direto nas alas com os pacientes, a avaliação dos prontuários como das intervenções dos técnicos. Tudo isto trouxe uma clareza cada vez maior quanto à função de um supervisor hospitalar, não só na saúde mental, mas, partindo daí, em qualquer área clínica de atuação.

Não houve, portanto, recuo diante das pressões corporativas, das soluções fáceis quando se ocupa este tipo de lugar, das limitações inerentes a um aparelho manicomial, da fadiga do confronto diário em um espaço que se pretende desconstruir. Fundados na defesa da dignidade humana – que se perde quando se admite o desrespeito à dignidade de um, de dois, de meia dúzia de seres humanos – e partindo da premissa de que os hospitais psiquiátricos, enquanto existirem, deverão, de forma obrigatória, oferecer as melhores condições possíveis para seus internos, estes trabalhadores têm exercido com grande competência a supervisão municipal dos hospitais psiquiátricos.

A responsabilidade e a independência desse trabalho vem assegurando intervenções de peso.

Fizeram-se portarias municipais de grande importância, uma delas proibindo internações diretamente nos hospitais psiquiátricos, excetuando-se os dois únicos hospitais psiquiátricos públicos da cidade, e outra proibindo internações em hospitais psiquiátricos com mais de 250 leitos e, enfim, a disponibilização de todos os leitos hospitalares privados conveniados em nível da Central de Internação.

Pode-se dizer que a presença do Poder Público municipal, quando não permite evitar, possibilita ao menos constatar as irregularidades, muitas vezes graves, cometidas pelos hospitais, seja no sentido da ilegalidade, pelo descumprimento das portarias ministeriais, seja no âmbito das práticas ilegítimas, em que a violência cotidiana se evidencia no particular e no geral de um modelo segregador, cuja humanização será sempre aparente e cujos efeitos desumanizantes não de reproduzir-se *ad eternum* se não nos atrevemos a fazer-lhes barra.

Assim, penalidades têm sido aplicadas, que se iniciam nas advertências verbais e chegam a sanções pecuniárias, rebaixamento na classificação proposta pelo Ministério da Saúde (por exemplo, de Psiquiatria IV para Psiquiatria III), auditorias, solicitações de apuração pelo Ministério Público. Por outro lado, começa-se a perceber que um discurso contrário às práticas aqui denunciadas também encontra eco em parte dos profissionais que trabalham nestas instituições.

Tal experiência tem comprovado, dia após dia, a inviabilidade do hospital psiquiátrico como espaço de uma suposta intervenção terapêutica. Paradoxalmente, quanto mais o humanizamos e quanto mais lhe ofertamos acompanhamento e controle, tanto mais se evidenciam a falência e o fracasso deles.

Enquanto esta evidência inapelavelmente se comprova, resultados anímadamente mostram que estamos no caminho certo, ao conjugar a criação de um modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico com a sua desconstrução.

Dessa maneira, vai-se aos poucos montando aquilo que constituiria a chamada Rede de Assistência em Saúde Mental. Atualmente, todo paciente nhamento orientado pelo Distrito Sanitário de sua área residencial, com atendimento agendado, hora, local, tipo de profissional desejado, de acordo com a necessidade de cada caso.

Com esta iniciativa, são possíveis algumas constatações. Uma delas: a rede assistencial tem condições de prestar, e bem, atendimento a essa clientela, enquanto prioritária. Quando os encaminhamentos se iniciaram, em outubro de 1996, alguns profissionais tinham que uma multidão de egressos hospitalares invadissem os Centros de Saúde, impossibilitando-os de fazer outras intervenções. Felizmente, porém, foi possível absorver, sem maiores transtornos, os novos clientes.

Pode-se constatar, ainda, a desmontagem do argumento dos hospitais, que rotineiramente não encaminhavam o paciente para tratamento ambulatorial, sob a alegação de que a rede não responderia à demanda e não conseguiria sustentar o fluxo criado.

Verifica-se, enfim, como a própria população, que historicamente procurou o hospital psiquiátrico por ter certeza de que ali seria atendida, passa

a ter um outro referencial de assistência nos serviços substituídos, sabendo apreciar e acostumando-se a receber atendimento de boa qualidade.

Passamos à menção de alguns números significativos. Dos 2.093 leitos psiquiátricos existentes em 1993, foram desativados até hoje 676, sendo 536 para atender às exigências das portarias ministeriais, que autorizaram todos os hospitais psiquiátricos da cidade a classificarem-se na categoria de Psiquiatria IV, recebendo melhor remuneração; e 140 devido à política municipal de desospitalização.

Seria possível desativar mais? Sem dúvida. Construímos uma rede substitutiva capaz de sustentar com qualidade e competência uma diminuição de leitos muito maior. Eis um dado que nos ajuda a demonstrá-lo: se em 1993 aproximadamente 70% dos leitos psiquiátricos eram ocupados por pacientes de Belo Horizonte, esta percentagem caiu agora para 30%. E nem assim os hospitais estão vazios ou subutilizados. Além dos casos de internação desnecessária, os leitos são ocupados por pacientes oriundos de outras cidades e regiões do Estado, nas quais não se promove uma política de serviços ambulatoriais. Assim, a desativação de leitos, embora precisa e possível, depende também de medidas que extrapolam o nível municipal.

#### PARA CONTINUAR

Tendo apresentado o trabalho realizado, procuremos avaliá-lo no movimento pelo qual delinhamos as questões presentes enquanto tentamos prosseguir.

Como se sabe, a eleição municipal de 1996, em Belo Horizonte, favoreceu a coligação PSB-PMDB. O processo que antecedeu as eleições colocou várias perguntas e, eventualmente, impasses para os diversos segmentos envolvidos na disputa política em causa. Entretanto, ao menos na área da saúde mental, uma palpável unanimidade política se fez presente: entidades, gestores e trabalhadores sustentaram claramente sua pertinência na luta por uma sociedade antimanicomial.

Vale lembrar aqui o significativo movimento promovido pelos trabalhadores da rede. Articularam-se na proposição de diretrizes gerais como pontos específicos de desenvolvimento para os diversos dispositivos: Cersams, Centros de Convivência, Rede Básica, Controle e Avaliação Hospitalar, Atenção à Saúde Mental da Infância e Adolescência. Redigiram tais proposições, que foram discutidas, eventualmente modificadas e, enfim, aprovadas em plenária, que reuniu um número altamente expressivo de trabalhadores. As propostas assim produzidas, condizentes com o espírito do movimento antimanicomial e suscitadas por numerosas entidades a ele, ligadas foram apresentadas e têm sido defendidas junto à atual Administração Municipal.

Mencionaremos aqui os pontos principais destas propostas, acrescidos de outros que entendemos pertinentes, para assegurar continuidades e rupturas

necessárias à sustentação do singular processo inaugurado em Belo Horizonte durante uma gestão democrática e popular.

Um deles diz respeito à Urgência 24 Horas. Enquanto não pudermos contar com um dispositivo adequado para o atendimento de urgências também durante o período noturno, assim como para o período de casos em que o retorno imediato à família não é possível ou indicado, continuaremos dependentes do dispositivo hospitalar – e reforçando-o, portanto. Um investimento mínimo em recursos humanos e materiais poderia assegurar-nos tal autonomia. Ao invés de recorrer aos hospitais psiquiátricos, como os Cersams acabam tendo de fazer nos casos de mais difícil resolubilidade, a rede deve investir no atendimento e acompanhamento noturnos, quando se fazem de fato necessários para os habitantes da cidade.

Outro ponto de grande importância diz respeito ao indispensável aumento do número de Cersams, assim como à ampliação da área física e dos recursos humanos de alguns daqueles já existentes. Quatro Cersams são absolutamente insuficientes para uma cidade de 2 milhões de habitantes. Na prática, acabam por atender moradores de regiões não respaldadas por eles e até da Grande BH, o que é inevitável, já que sua postura mesma de trabalho não lhes permite recusar casos em que há necessidade de seu atendimento. Acrescentem-se a isto mais alguns dados, por exemplo: estes serviços são sempre e mais procurados, à medida que adquirem crescente credibilidade junto à população; os seus critérios de alta, por um lado, encontram-se sob constante debate e reavaliação clínica por eles próprios e, por outro, por motivos vários, os pacientes que se encaminham aos Centros de Saúde nem sempre encontram ali a melhor solução. Enfim, há uma visível tendência no sentido de uma clientela cada dia mais numerosa para os Cersams já existentes; se os Cersams têm dado conta até hoje desta demanda, sem prejuízo visível da qualidade do trabalho, cedo ou tarde um impasse surgirá: ou a queda na qualidade, cuja preservação tem sido até hoje questão de honra para seus trabalhadores, ou a recusa da demanda, cujo acolhimento tem sido igualmente prioritário para as suas equipes.

Estas propostas foram aprovadas na última *Conferência Municipal de Saúde*, na área do atendimento das crises, mas também outras, de idêntica importância, quando se trata de dar sustentação e continuidade ao tratamento e ao apoio necessário ao portador de sofrimento mental. Uma delas diz respeito à criação de cooperativas e empresas sociais. As oficinas estruturadas nos moldes dos centros de convivência, segundo este chamado à participação e à produção na cultura, são um passo indispensável na reconquista da cidadania: inauguram para o portador de sofrimento mental o reaprendizado do trabalho como processo constante, porém criativo, exigente, porém fértil. Todavia, ainda que o produto das oficinas tenha qualidade adequada para aceitação no mercado, não é fácil promover sua venda; mesmo quando se

de independência financeira, outro passo a ser dado quando se pretende uma reconquista de cidadania. Daí a necessidade inadiável de ir mais além, partindo também para algo diferente do mero assistencialismo dos "benefícios" e propiciando ao portador de sofrimento mental as condições e o respeito necessário para trabalhar, em pleno uso de seu potencial, seja ele qual for.

Da mesma forma, já não se pode mais adiar a criação das pensões protegidas e lares abrigados, única forma de oferecer o espaço de privacidade de uma moradia para aqueles pacientes que, após anos e anos na rua ou no manicômio, perderam completamente seus vínculos familiares e sociais. Acrescente-se que a existência de tais dispositivos, oferecendo aos usuários condições dignas de vida, incompatíveis com o ambiente manicomial, permitiriam agilizar a desativação de um número significativo de leitos, hoje ocupados pelos chamados crônicos.

Completamos aqui alguns comentários, já iniciados na parte anterior, sobre as providências relativas aos hospitais psiquiátricos. É preciso lembrar que as internações psiquiátricas ainda representam o maior gasto de Minas com leitos hospitalares. Daí a importância da aprovação, também nesta Conferência, da proposta de municipalização dos hospitais psiquiátricos públicos cada em vigor, posicionará a gestão municipal de forma mais estratégica para as medidas necessárias a uma redução progressiva e irreversível dos leitos: estruturar seus próprios serviços substitutivos; reestruturação dos leitos: destes hospitais, enquanto existirem; condições para exercer com autonomia de crescente o controle e a avaliação da rede hospitalar; preparo da passagem da condição de hospitais para outros serviços e espaços de utilidade pública. Esta proposta, dentre as várias que apresentamos, aponta com iniludível clareza para o fim dos hospitais psiquiátricos, meta desde o início colocada no conjunto de nossas proposições.

Todavia, para além das propostas aprovadas nas conferências e eventos afins, e como condição para viabilizá-las, é indispensável que os trabalhadores da rede aprendam no dia-a-dia a desenvolver o exercício de uma *clínica antimanicomial*. Um ato decisivo nesse sentido consiste em desfazer a impropriedade colagem entre a clínica e o *setting* do consultório. Sem sublinhar o que aí se faz, trata-se de lembrar que os espaços da clínica são múltiplos, surgindo ali onde uma clínica é criada: ao abordar na praça um louco morador de rua, ao persuadir no ponto de ônibus o paciente fugido do Cersam a voltar para lá, ao bater à porta da casa de pessoas em estado grave para tentar trazê-las ao tratamento, e assim por diante. Tudo isso é clínica, no mais nobre sentido da palavra, exigindo um trânsito ágil na teoria e um delicado manejo na prática. De certa forma, os trabalhadores dos Cersams,

mesmo não tendo recebido esse tipo de formação – quem a recebe, aliás? – entram rapidamente nesta nova perspectiva, convocados pela variedade, pelo exotismo mesmo das situações do seu dia-a-dia. Na rede básica, onde o cotidiano tende a tornar-se rotineiro, é que se impõe, sobretudo, um chamado a repensar e refazer os fundamentos da clínica, exercendo-a em suas formas várias e em seus diferentes espaços.

Entretanto, ainda no que diz respeito à rede básica, esta transmutação na postura, embora envolvendo aspectos que dizem respeito especialmente aos profissionais de saúde mental, só terá alcance de monta se implicar também um reposicionamento de todos os profissionais da saúde com relação ao sofrimento mental. Assim, consideremos este dado: mais de 5 milhões de comprimidos de Diazepam foram utilizados na rede municipal, majoritariamente pelos clínicos! Como se vê, será preciso discutir a questão da prescrição de benzodiazepínicos, num contexto em que os poliquetósicos, os doentes imaginários e os insistentes frequentadores dos serviços de Saúde podem receber uma abordagem que não se reduza à prescrição de algum psicofármaco ou ao encaminhamento mecanizado para a saúde mental.

## OLUCO, ENFIM, NA CIDADE

Ao apontar as limitações existentes e as possíveis perspectivas, resta-nos dizer como entendemos hoje o modo de presença e de abordagem da loucura na cidade de Belo Horizonte.

Usamos afirmar que a orientação que inspira os princípios aqui citados manteve-se e mantém-se ainda presente na política de saúde mental de nossa cidade: uma política que respeita a clínica e resguarda sua autonomia e seus direitos, sem reduzir-se a ela; que considera a grave evolução possível para certas formas de sofrimento mental, como alguns tipos de psicoses, mas aposta com êxito na possibilidade de sua presença e circulação no tecido social; que entende haver lugar para um saber e uma competência técnica precisa no tratamento do distúrbio psíquico, desde que coordenados a uma prática social e política que reconhece a loucura como questão fundamental, não para os especialistas que dela tratam, mas para os homens, aos quais afeta e desafia.

Assim, cada uma das maiores ou menores mudanças aqui apresentadas só adquire peso quando consideradas em face do espaço da cultura até então reservado ao louco, um espaço tradicionalmente delimitado pela exclusão, que o trabalho desses quatro anos certamente conseguiu transformar.

A possibilidade dessa transformação tem sido demonstrada por aqueles movimentos sociais, no Brasil, em Minas e no mundo, que se lançaram de forma decidida em tal processo, dentre os quais sustentamos o nosso firme desejo de inscrição. Apesar das inevitáveis tensões entre um órgão institucional encarregado da saúde mental e os trabalhadores e usuários que devem polemizar e

discutir as atribuições e decisões deste órgão; em que pesem discordâncias frequentes com uma Prefeitura que hoje prioriza a veersão tradicional e uma da política em detrimento da delicadeza múltipla de seus movimentos: a despeito de uma transição governamental que deixou em seu rastro mágoas e ressentimentos, continuamos sustentando e desenvolvendo, em conjunto, uma política de saúde mental para o município de Belo Horizonte.

Entendemos que as inegáveis conquistas obtidas ao longo desses quatro anos de certa forma modificaram a convivência da cidade com seus loucos. Eles agora estão presentes em lugares diversos: freqüentando com assiduidade os Centros de Saúde, onde aguardam seu atendimento, seja falando aos parques, seja conversando com a gestante ao lado; indo às salas de cinema, ou sozinhos, ou com amigos ou namoradas; participando das manifestações públicas, desde aquelas em defesa do SUS até as alegres passeatas que comemoram o Dia Nacional da Luta Antinuclear; promovendo, conosco, festas juninas, natalinas, carnavalescas; aparecendo nos jornais e na TV; organizando-se em entidades; produzindo nas oficinas e expondo nas feiras. Melhoram freqüentemente, alguns mais, alguns menos; pioram por vezes. Mas fazem diferença crucial em suas vidas os laços que vão progressivamente reconstruindo com suas famílias, seus bairros, sua cidade.

Teremos feito a demonstração que os leitores de tais assertivas têm o direito de exigir de seus autores? Esta indagação certamente nos preocupa. Entretanto, a questão mesma da autoria – que não nos poupa, humanos que somos, dos *frissons* comuns a ocasiões lais – vem como secundária a uma outra, aquela que autoriza, enfim, a redação deste texto: a articulação dos numerosos atores, mais ou menos unidos, mais ou menos valentes, mais ou menos causados, porém indispensáveis, todos eles, todos e cada um – aqueles, tantos, cujo ardor diverso, mas perene, transformou-nos neste irremediável coletivo.

## URGÊNCIA E EMERGÊNCIA –

### A PARTICIPAÇÃO DO MUNICÍPIO\*

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JUNIOR\*\*

#### INTRODUÇÃO

Dentre os vários desafios e entraves à implantação do Sistema Único de Saúde, aparecem, de forma destacada, as dificuldades associadas à de um sistema eficiente de atenção às urgências e emergências. Este problema torna-se exponencialmente incrementado nos grandes centros e, em especial, nas regiões metropolitanas, onde a conurbação é a situação de regra e as violências têm importância diferenciada nos diversos agravos à saúde. Neste aspecto, Belo Horizonte não se diferencia dos demais grandes centros, e isto fica evidente em todas as pesquisas de opinião pública realizadas e nos freqüentes destaques na imprensa mostrando filas imensas, falta de equipamentos, usuários irritados, profissionais agredidos, autoridades acuadas e um permanente bombardeio contra o SUS. A cidade apresenta algumas características na história de seu sistema de urgência que reforçam a situação encontrada:

- 1) Concentração dos serviços com funcionamento 24 horas e de maior complexidade quase exclusivamente na região central da cidade, onde também se encontram cerca de 80% dos leitos disponíveis ao SUS.
- 2) Contribuição periférica do sistema privado contratado no atendimento inicial de urgência, mesmo em épocas de pagamentos compensadores e sem controle do ex-linaps, ficando a responsabilidade quase exclusivamente para os hospitais públicos estaduais e federais.
- 3) Sucateamento progressivo dos hospitais públicos estaduais, especialmente na segunda metade da década de 80, em determinado período da administração estadual, com redução do seu volume de resposta à demanda de urgência e emergência.

\* Este texto teve a importante colaboração da equipe da Coordenação de Urgência e Emergência da SMSA (Adebal Andrade, Anselmo Dorinas e Andréa Rocha) e da Gerência local da UPA Venda Nova (Denise Diniz).

\*\* Coordenador do Projeto de Urgência e Emergência da SMSA, de 1994 a 1996.