

“Nenhum passo atrás, manicômios nunca mais!”: contradições na materialização da luta antimanicomial

“No step back, no more asylums!”: contradictions in the materialization of the anti-asylum fight

Betina Ahlert* 

Vitória Cravo Costa** 

RESUMO

Este artigo propõe analisar como se expressa a perspectiva antimanicomial na Política de Saúde Mental, a partir da percepção dos trabalhadores dos serviços substitutivos de Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso. Os resultados analisados são fruto de entrevistas realizadas com profissionais que integram as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Concluímos que as informações colhidas demonstram a grande demanda existente nos serviços, apesar da ampliação na rede; a reprodução do preconceito empregado pelos profissionais de serviços da rede básica de saúde em relação aos usuários dos Caps; a inexistência de efetiva participação e controle social dos usuários e familiares; e a ausência de crítica em relação aos desmontes macroestruturais na Política de Saúde Mental.

Palavras-Chave: luta antimanicomial; política de saúde mental; Cuiabá.

ABSTRACT

This article proposes to analyze how the anti-asylum perspective is expressed in the Brazilian Mental Health Policy, based on the perception of workers in substitute services in Cuiabá, capital of the state of Mato Grosso. The analyzed results are the result of interviews carried out with professionals who are part of the teams at Psychosocial Care Centers (CAPS). We conclude that the information collected demonstrates the great demand for services, despite the expansion of the network; the reproduction of the prejudice employed by service professionals in the basic health network in relation to CAPS users; the lack of effective participation and social control of users and family members; and the lack of criticism regarding the macrostructural dismantling of Brazilian Mental Health Policy.

Keywords: anti-asylum fight; mental health policy; Cuiabá.

Introdução

A implementação das políticas sociais, dentre elas a Política de Saúde Mental, é permeada historicamente de contradições estruturais, de avanços e retrocessos, resultado próprio da correlação de for-

ARTIGO

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80309>

*Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil.
E-mail: asbetinaa@gmail.com.

**Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil.
E-mail: vitoriacravo@hotmail.com.

Como citar: AHLERT, B.; COSTA, V. C. “Nenhum passo atrás, manicômios nunca mais!”: contradições na materialização da luta antimanicomial. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 111-123, jan/abr, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80309>

Recebido em 26 de julho de 2021.

Aprovado para publicação em 05 de outubro de 2021.



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

ças que se institui na sociedade de classes e seus interesses antagônicos. A conjuntura atual tem sido de desmonte das garantias instituídas no campo das políticas empregadas pelas contrarreformas, com destaque, no campo da saúde, para a Emenda Constitucional nº 95/2017. Na saúde mental não tem sido diferente, já que muitas medidas têm contribuído para o retrocesso em garantias legais previstas na Lei nº 10.216/2001, nos governos de Michel Temer e seu sucessor, Jair Bolsonaro.

É no âmbito dessa conjuntura que este artigo objetiva analisar como se expressa a perspectiva antimanicomial na Política de Saúde Mental, a partir da percepção dos trabalhadores dos serviços substitutivos de Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso. Esse estudo resulta de uma produção acadêmica de trabalho final de curso de graduação, que possuía como objetivo geral identificar como se expressa a perspectiva antimanicomial no desenvolvimento de estratégias na área da Política de Saúde Mental em Cuiabá (MT). Metodologicamente, foi realizado através de pesquisa documental e de campo, sendo entrevistados quatro profissionais, entre eles assistentes sociais e gestores de Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que compõem a rede de serviços da cidade de Cuiabá (MT). Por realizar entrevistas ligadas a indivíduos, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/Humanidades) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)¹.

O artigo está estruturado de forma a abordar inicialmente a constituição da rede de serviços substitutivos e a luta antimanicomial, para posteriormente apresentar os desafios para a manutenção e continuidade da implementação dos serviços de base comunitária para usuários da Política de Saúde Mental e seus familiares. O estudo finaliza através das conclusões, sempre provisórias, sobre a temática proposta.

A luta antimanicomial e a Política de Saúde Mental em Cuiabá (MT): história e rede de serviços

O Movimento de Luta Antimanicomial que se estabelece no Brasil a partir da década de 1970 é reflexo da conjuntura internacional, em que o campo da saúde mental vinha sendo questionado, repensado e reestruturado em diferentes países do mundo; mas também da conjuntura nacional, num processo de ampliação dos movimentos sociais em diferentes áreas, dentre elas a saúde no Brasil, através da Reforma Sanitária, e da reabertura democrática que se processa nesse período histórico. Ambos os movimentos culminam com avanços nas garantias legais instituídas pela Constituição Federal de 1988, mesmo que esses avanços estejam restritos aos possíveis no interior do sistema capitalista de produção.

1 Pesquisa cadastrada no Comitê de Ética sob o número Caae: 34162820.9.0000.5690.

Face à imensa dimensão territorial, às variadas formas de apropriação e ocupação do território, bem como a diversos outros aspectos da história da formação social brasileira, o Movimento de Luta Antimanicomial se desenvolve mais intensamente na Região Sudeste do país, através de experiências como a formação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) na cidade de São Paulo, em 1987, constituindo a primeira experiência do que viriam a ser os Caps. Contudo, diferentes regiões brasileiras tiveram construídos em seus territórios grandes hospitais psiquiátricos e colônias agrícolas, de forma a dar conta daquelas pessoas que não se ajustavam ao instituído socialmente e a tratar a loucura, que se colocava como um grande mistério ao campo psiquiátrico que se formara. Os manicômios cumprem durante décadas, ao preço de muitas vidas, a função social de excluir e de preservar a sociedade dos diferentes, dos revoltosos, das mulheres que engravidavam sem estarem casadas, dos questionadores, dos presos políticos e de tantos outros que tiveram suas memórias apagadas pelo eletrochoque² e pelo intenso uso de medicações.

[...] Lugar onde a violência habitava e abafava qualquer resquício de vida que pudesse existir. Local que servia como regulador social, pois se fazia morada para a exclusão e opressão de tantos marginalizados sociais, vítimas da estigmatização e do sistema capitalista. O manicômio não passava de um depósito humano que agrupava uma série de pessoas que dentre muitos estigmas que carregavam, também eram ditas improdutivas para toda uma sociedade [...]. (Basaglia *apud* Oliveira, 2011).

O movimento de questionamento a essa forma de tratamento que se processou no Brasil teve como atores centrais os trabalhadores da saúde e das instituições nas quais essa lógica vinha sendo implementada, materializados no Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Tinha influência do Movimento de Reforma Psiquiátrica italiano e se organizava através de congressos, encontros e iniciativas pontuais de implementação de serviços de base comunitária, incidindo sobre a modificação legal no país. Esse movimento se constituiu através de parceria com diversos movimentos e articulações em congressos de psiquiatria, apresentando uma mobilização pública e desarticulada do Estado, com o objetivo de

[...] constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. (Amarante, 1998).

2 Atualmente chamada de eletroconvulsoterapia. Historicamente passa a ser utilizada somente em casos específicos, contudo, é um dos aspectos de desmonte recente da política. Era utilizada em conjunto com outras técnicas, como a malarioterapia, a hidroterapia, entre outras.

As reivindicações centrais do movimento eram a regularização salarial, as leis trabalhistas, a diminuição do uso desenfreado de eletrochoque, a assistência humanizada, a diminuição no número de consultas, consideradas excessivas por plantões, entre outras (Amarante, 1998). O movimento recebeu o apoio de outras entidades e retratava a luta por mudanças teórico-conceituais, técnico-assistenciais, ético-político-jurídicas e socio-culturais, com vistas a acabar com o modelo de gestão e com uma cultura hospitalocêntrica, manicomial e de desrespeito aos direitos humanos.

Cuiabá é capital do estado de Mato Grosso desde o ano 1835, tendo sido a segunda capital da província, já que a primeira – Vila Bela da Santíssima Trindade – se constituiu em área de exploração de ouro e proteção da fronteira com a Bolívia. A formação sócio-histórica deste território se dá originalmente através da ocupação de grupos indígenas, muitos dos quais foram dizimados. A captura de indígenas levou bandeirantes paulistas a adentrar esse território e descobrir a existência de ouro, que passou a ser explorado, o que trouxe, inicialmente, modificações à ocupação local. Posteriormente, outro momento fundamental na constituição populacional do estado foi quando o Estado desencadeou um conjunto de ações de ocupação da fronteira oeste e produção e modernização agrícola do país, momento em que se materializam doações e grilagens de terras no estado para proprietários privados, as chamadas colonizadoras, que passam a lotear áreas e vender lotes a pequenos agricultores migrantes, principalmente da Região Sul do Brasil.

Esse artigo não tem a intenção de aprofundar esse debate sobre a ocupação territorial, apesar de ser fundamental fazê-lo; contudo, aqui ao menos consideramos que a constituição dos serviços de saúde, ou a forma com que se processa a assistência à saúde da população (seja através do Estado, do mercado ou das instituições religiosas), não se descola desse processo anterior. Cabe o destaque de que esses processos migratórios não contavam com uma rede de serviços de saúde que acompanhasse a chamada estatal para a ocupação.

No caso de serviços de atendimento a situações de saúde mental, a história do tratamento em Cuiabá começa em 1908, com a inauguração de uma ala reservada para os chamados “alienados”, no hospital da Santa Casa da Misericórdia. A justificativa para sua criação era a de que se conseguiria conter da melhor forma os usuários se estes estivessem isolados. Nesse mesmo período, passou-se a utilizar uma chácara para abrigar e recluir os “loucos” da região do Mato Grosso. Conhecida como “Chácara dos Loucos”, era mantida pelo governo estadual e dispunha de um sistema de hospital-colônia, de recuperação através do trabalho agrícola³, prática muito conhecida nos abrigos, possuindo atendimento médico e de enfermagem voluntário e ocasional (Oliveira, 1998).

3 Condição que se atualiza com a laborterapia.

No ano de 1955, em decorrência de reclamações da população sobre as condições insalubres, superlotação, maus tratos e déficit de atendimentos, o governo do Mato Grosso e o Serviço Nacional de Doenças Mentais firmam acordo para a construção de um hospital psiquiátrico em Cuiabá. Dois anos depois, foi inaugurado o Hospital Aduino Botelho. As demandas do hospital acompanhavam o aumento populacional de Cuiabá e de Mato Grosso, por essa razão, o serviço mostrava diferentes precariedades e um número maior de pacientes do que leitos: contava com 600 internos, aproximadamente, e capacidade para 250 leitos. Somava-se ao abrigo inadequado a ausência de profissionais especializados e de um órgão de coordenação das atividades de saúde mental.

Na década de 1970 ainda não estava instituída na região uma “Indústria da Loucura”⁴, como em outras partes do Brasil, por conta do descompasso da modernização em relação a outras regiões. O estado baseava sua didática no modelo preventivista, no qual o atendimento estava centrado primeiramente na assistência aos doentes no único hospital público, reproduzindo a lógica manicomial, mas buscava também uma política de interiorização, através de uma tentativa de descentralização. Essa tentativa acarretou o estabelecimento de uma rede hierárquica de serviços, articulada com a rede básica de saúde, com cinco polos regionais de saúde, um na capital e quatro em cidades do interior do estado. Esse modelo de atendimento é questionado e posto em intenção de mudança a partir do relatório que a Secretaria de Saúde de Mato Grosso elaborou em 1975. As mudanças propostas estão relacionadas na intenção de reorientação da assistência psiquiátrica do hospital em aspectos técnicos e administrativos. Nas décadas de 1970 e 1980, as medidas tomadas e o programa de saúde mental do estado possibilitaram apresentar números positivos em relação à ampliação do atendimento na lógica da internação. A urbanização e definições políticas tardias são plano de fundo para o aumento de demandas por serviços que devem ser instituídos via Estado, o que no campo da saúde mental era visto como a ampliação do tratamento através de estrutura hospitalar mais moderna.

Nessa ampliação da lógica manicomial, em 1989 foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico privado de Cuiabá, o Instituto de Neuropsiquiatria, com capacidade inicial para 150 pacientes, mas que logo no seu primeiro ano de funcionamento foi ampliado, chegando à capacidade de 500 pacientes. Estava localizado a 20 minutos da cidade e conservava um modelo hermeticamente fechado, que utilizava as modalidades de cela-forte e camisa de força, já contestadas no Brasil pelos movimentos de crítica. No final de 1990 o instituto é incorporado à rede pública, e no ano seguinte, o Hospital Aduino Botelho é fechado para uma reforma, ficando somente a instituição particular como referência para

4 A “Indústria da Loucura” é reflexo do modelo privatista da saúde no Brasil de 1964. Incorporou demandas nas quais o Estado privilegiava o setor privado, criando mercadoria e financiando clientes, contribuindo também para a indústria farmacêutica. Houve grande aumento no número dos leitos em hospitais psiquiátricos privados.

a assistência psiquiátrica no estado de Mato Grosso, em conjunto com o já existente atendimento ambulatorial em centros de saúde, mas que não funcionavam de forma contínua e regular (Oliveira, 2003).

As internações no Instituto de Neuropsiquiatria aumentaram mais de 200%, o que ampliou, conseqüentemente, o número de leitos contratados pelo Sistema Único de Saúde, no ano de 1993. Esse fato contribuiu para a materialização de que uma “Indústria da Loucura que tardiamente se apresentava em Cuiabá quando, em grande parte do Brasil, a tendência era de incorporação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e a conseqüente desospitalização” (Oliveira, 1998, p. 84).

Em 1993 o Hospital Adauto Botelho foi reinaugurado com o nome de Centro Integrado de Atendimento Psicossocial (Ciaps) Adauto Botelho, funcionando como pronto-socorro, ambulatório, internação de curta permanência e hospital-dia. Contudo, apesar da reforma na sua estrutura física, que buscava atender aos princípios da Reforma Psiquiátrica, manteve o atendimento semelhante aos anos anteriores: discriminatório, centralizado e com a mesma equipe técnica.

No ano de 1995 o Conselho Municipal de Saúde propôs e aprovou a Política de Saúde Mental na cidade de Cuiabá, porém, não se constituía de um projeto de reorientação do modelo assistencial sem contradições. O encontro do conselho que discutiu a política apresentava grupos e interesses opostos: um deles formado por técnicos de saúde mental que desejavam modificações na rede de assistência de saúde mental; e outro grupo preocupado com o redirecionamento dos investimentos e recursos financeiros ligados aos altos números de internações em hospitais conveniados. Foi aprovada uma política que priorizava a desospitalização na assistência, no entanto, sem possibilitar os recursos necessários para sua efetivação.

Das mudanças que constavam na Política de Saúde Mental foi desenvolvido apenas o Ambulatório de Saúde Mental do Centro de Especialidades Médicas de Cuiabá. Esse ambulatório permaneceu como único serviço municipal de saúde mental até o ano de 2000, quando foi iniciado o atendimento em duas policlínicas, denotando poucos investimentos e serviços públicos e a priorização de serviços secundários e terciários no setor público. A implantação desrespeitava as diretrizes aprovadas nas conferências municipais, que deliberaram pela implantação de lares/abrigo para pacientes crônicos dos hospitais psiquiátricos, pela composição de equipes multidisciplinares nas instituições e pela criação de comissão interdisciplinar de saúde mental para treinar os profissionais dos serviços das redes.

A primeira Conferência Municipal de Saúde Mental de Cuiabá foi realizada em setembro de 2001, após a aprovação da Lei nº 10.216/2001. Essa legislação dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, redirecionando o mo-

delo de atendimento para o modelo assistencial e para a desinstitucionalização com serviços extra-hospitalares, colocando a internação como última opção, sendo a grande conquista da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, que posteriormente foi utilizada para formular a Política de Saúde Mental. Esta conferência decorreu de um fórum de discussão que escolheria os delegados de representação para a conferência estadual. Apesar de a primeira conferência municipal datar do ano de 2001, nos anos seguintes até o momento atual foi realizada somente mais uma conferência municipal e três conferências estaduais, sendo a última realizada em 2010, o que demonstra um déficit no campo do controle social.

Desafios para a implementação dos serviços da luta antimanicomial

Após 20 anos da Política de Saúde Mental, com a Lei nº 10.216/2001, e 19 anos do Caps I na cidade de Cuiabá, o sistema de saúde e a rede de saúde mental da cidade ainda apresentam desafios, que foram percebidos através da pesquisa realizada. O primeiro deles é a grande demanda de atendimentos nas unidades dos Caps, o que pode ser observado quando analisamos o número de funcionários que integram as instituições e de equipamentos substitutivos existentes na cidade. Fica evidente que não são suficientes para o atendimento da demanda existente, sobrecarregando as instituições e os profissionais. Esse fato se relaciona e se intensifica por não haver mudança estrutural e técnica das instituições desde que foram implementadas em 2003, além de não terem sido implantados outros equipamentos em concordância com o número de habitantes na cidade, como designado pela Política de Saúde Mental.

O déficit de números de Caps, assim como a quantidade de profissionais e a qualidade de seus serviços, é fato histórico na prestação da saúde mental de Cuiabá desde seu início. Nesse sentido, as conferências estadual e municipal de saúde mental, ocorridas em 2010, já indicavam a necessidade de “garantir a implantação de Unidades de CAPS - Centro de Atenção Psicossocial (com recurso financeiro necessário e capacitação profissional) de acordo com a demanda dos municípios independentes de número de habitantes” (Mato Grosso, 2010) e “garantir a construção, ampliação e manutenção de sede própria para todas as Unidades de Saúde Mental” (Cuiabá, 2010, p. 15).

A alta demanda de atendimentos, marcada pela falta de profissionais, acaba por contribuir com a precarização do trabalho. As condições precárias de trabalho decorrem do sistema capitalista, no qual toma forma a reestruturação produtiva e a superexploração do trabalhador, materializada em espaços físicos de trabalho precarizados, na redução de direitos trabalhistas, na mudança nos vínculos empregatícios, nos níveis baixos de salários, na carga horária excessiva, entre outros.

Essa situação se intensifica com a atual reforma administrativa, que prevê um novo formato institucional para atuação do Estado, reafirmando o neoliberalismo com os discursos de ineficiência do Estado e alto custo do funcionalismo público, responsabilizando a sociedade civil no atendimento de suas necessidades através do mercado. Ocasionalmente, desta maneira, precarização dos serviços sociais a partir da escassez de profissionais, visto que a reforma tem o intuito de diminuir o quadro de funcionários, assim como privatizar e terceirizar os serviços, reduzir salários e flexibilizar as relações de trabalhos (Cavalcante, 2009). Interfere-se, assim, na redução das políticas públicas, direta ou indiretamente, como é o caso nos Caps, afetando os profissionais e conseqüentemente o atendimento dos usuários.

Uma ponderação a ser feita se refere à pandemia de Covid-19. A crise sanitária mostra-se na pesquisa como um fator agravante, visto que a procura pelo Caps aumentou. A pesquisa aponta que usuários que já haviam recebido alta e estavam sendo acompanhados por outros serviços da rede básica de saúde voltaram a procurar o Caps para o tratamento, uma vez que perceberam piora na sua condição de saúde mental em aspectos como ansiedade e convívio restrito à família:

[...] essa questão de convívio social que eles estão tendo que ter com as próprias famílias, dentro de casa às vezes desencadeia depois alguns tipos de transtorno que eles acabam tendo que ir procurar os serviços [...] crises espontâneas [desencadeando], uma certa ansiedade. (Gestor do Caps – Participante 1).

A discussão da alta demanda abre caminho para outra questão observada na pesquisa, relacionada ao trabalho em rede da saúde e saúde mental. O trabalho articulado entre os serviços de saúde e de saúde mental começa a ser efetuado a partir da Portaria GM/MS nº 3.088/2011⁵, que constitui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), consolidando o atendimento integral de saúde mental. Em Cuiabá este trabalho em rede não funciona de forma totalmente integrada e é perpassado por diferentes concepções de saúde mental entre as instituições, na percepção dos entrevistados. Segundo as falas, existe resistência e estigma em receber um usuário do Caps nos serviços da atenção básica de saúde: “muito preconceito ainda, resistência de desligar do Caps e ser encaminhado para outro serviço enquanto estabiliza né, há muito preconceito ainda sobre a questão de saúde mental” (Assistente social – Participante 4).

A resistência e o preconceito de atender e acolher nas unidades de saúde acabam fazendo emergir questões do passado do usuário, ocasionando um retrocesso do seu processo de desinstitucionalização, segundo relatos. Gera-se, ainda, dificuldade por parte

5 Cabe informar que essa portaria foi alterada no ano de 2017, passando a incluir os hospitais psiquiátricos na atenção psicossocial.

dos usuários, que se veem coagidos com o tratamento recebido nas outras instituições de saúde, sentindo receio e medo de serem encaminhados para essas instituições.

A dificuldade de realização do trabalho em rede interfere no processo de desinstitucionalização dos usuários do Caps, em contraponto à reconstrução da autonomia, que vem sendo buscada no tratamento neste serviço. A autonomia dos usuários, possível na desinstitucionalização, perde-se na privação de liberdade quando esses são internados nos manicômios e se contrapõe à proposta dos Caps, que trabalham para recriar a liberdade do usuário “em direção a recuperação e implementação de atividades da vida cotidiana e criação de bases sociais, políticas e comunitárias” (Oliveira; Conciani, 2008, p. 171). Os serviços da rede de saúde, mas também da rede socioassistencial, orientam e acompanham os usuários após a sua alta do Caps, trazendo a importância de um trabalho de intersetorialidade e buscando uma

[...] melhora das condições de vida da população, na otimização e utilização dos recursos (financeiros, materiais e humanos) e nos ganhos de escala e de resultados. Mas é preciso esclarecer que a intersetorialidade não pode ser vista como iniciativa individual de profissionais ou equipes, requer decisões institucionais e políticas nos níveis de planejamento e de execução que rompam com a cultura política da setorização [...]. (Wanderley; Martinelli; Da Paz, 2020, p. 9).

O trabalho intersetorial rompe com a divisão colocada pelas instituições na realização dos serviços, ocasionando maior continuidade do acompanhamento do usuário. A intersetorialidade e, conseqüentemente, o trabalho em rede afirmam a perspectiva antimanicomial, além de colocar a criação de legislações e implementações de serviços como o início de uma mudança nessa perspectiva. Porém, a mudança precisa abranger a concepção de saúde mental, o rompimento de estigmas e a superação de preconceitos com os usuários em determinados serviços. Este se mostra como o desafio da rede de atendimento na cidade de Cuiabá, onde ainda estão presentes ideias vinculadas à promoção da medicalização e em que coloca-se a internação como saída primeira para o atendimento, sem observar as particularidades dos usuários.

Destaca-se que a lógica antimanicomial não se limita apenas à proibição dos manicômios, como destaca Rotelli (2001b), mas na loucura vista como periculosidade e no olhar biomédico sobre ela.

O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado (e não foi por acaso que tiveram que usar da violência para consegui-lo). Mas se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição (a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social), em estado de não equilíbrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada). (Rotelli, 2001b, p. 91).

Uma forma apontada pelos entrevistados de mudança de perspectiva é a comunicação, entendida como um direito social “decisivo para a democratização das sociedades contemporâneas, que tem na informação e na comunicação seus principais motores políticos, econômicos e culturais” (Ramos, 2005, p. 251). A comunicação se mostra uma alternativa para a mudança, pois a partir dela pode surgir outra forma de agir e parcerias com a rede, levando possibilidade para a comunidade na forma de cultura, economia e grupos sociais mediando informações.

Quando abordamos a comunicação em saúde mental em Cuiabá, é preciso apontar a existência do Fórum Intersetorial Permanente de Saúde Mental, criado em 2014 como um dispositivo social e espaço coletivo para integrar políticas públicas e organizações não governamentais, independente de instituições, assim como a participação popular voluntária. Porém, o fórum de Cuiabá tem a particularidade de ter sido criado pela própria Secretaria Municipal de Saúde, o que faz com que a iniciativa não tenha despertado o interesse da sociedade. Além disso, há dificuldades em ultrapassar o âmbito institucional, acabando por limitá-lo à coordenação da secretaria e caracterizando-o mais como uma rede de contato do que como um espaço autônomo de participação social.

Estando o fórum estruturado dessa maneira e não existindo outros espaços de participação e controle social – a última conferência de saúde mental aconteceu há mais de dez anos –, fica demonstrada a fragilidade que existe na cidade de Cuiabá no que se refere à organização coletiva em torno dos princípios da Luta Antimanicomial e da Política de Saúde Mental. Salientamos o déficit do controle social da população e, principalmente, dos usuários dos serviços, como registrado pelos entrevistados: “[...] essa questão do controle social eu vejo que é uma participação ainda meio tímida né, longe do ideal” (Assistente Social – Participante 4).

Ainda em relação ao controle social e à perspectiva crítica em relação à análise da Política de Saúde Mental, podemos realizar uma última reflexão a partir das considerações dos entrevistados quando questionados sobre os desmontes ocorridos atualmente. Por integrarem as equipes de Caps, serviço fundamental na institucionalização do atendimento baseado na Reforma Psiquiátrica, nos surpreendeu a resposta dos entrevistados quando questionados se as mudanças ocorridas na política em âmbito nacional impactaram o trabalho institucional e se, com os desmontes, estamos nos distanciando ou aproximando da perspectiva antimanicomial. A maioria dos profissionais diz que até o momento da pesquisa não havia percebido os impactos dos desmontes. Além disso, referiram considerar que, apesar de serem pequenos passos dados a cada dia, acreditam que estão se aproximando da lógica antimanicomial.

Essa reflexão pode ser avaliada com base em diferentes fatores, e até mesmo deve considerar que talvez esteja baseada no reconhecimento de que os profissionais, no interior dos serviços, estão buscando executar seu trabalho com base nos princípios da Refor-

ma Psiquiátrica. Contudo, é impossível refletir sobre ela sem considerar que existe uma ausência de crítica e análise de conjuntura na perspectiva apontada pelos trabalhadores entrevistados, face à realidade dos desmontes no âmbito federal e ao fato de que a rede de Cuiabá se mostra atrás de outras localidades no processo de concretização da Luta Antimanicomial e da Política de Saúde Mental.

Conclusão

O estudo demonstra que as formas de tratamento em saúde mental aconteceram na cidade de forma tardia, se comparado a outras regiões do Brasil; contudo, seguem os mesmos moldes da lógica manicomial, até mesmo quando da incorporação dos serviços substitutivos. Cabe considerar que, desde que começou a ser implementada a Lei nº 10216/2001, os serviços de saúde mental não conseguem dar conta da demanda existente de atendimento, já tendo sido assim quando foram implantados os primeiros residenciais terapêuticos. Por outro lado, hoje a rede de saúde mental, apesar das características de demanda excessiva, tem passado por uma ampliação dos serviços, o que sabemos não ser realidade em muitos municípios brasileiros.

Em decorrência disso, ao respondermos ao objetivo deste artigo através da pesquisa, consideramos o caráter contraditório e marcado por avanços e retrocessos na implementação dos serviços que compõem a perspectiva antimanicomial. Além disso, também há necessidade não só da instituição de serviços, mas de uma lógica de atendimento que deixe de ser centrada somente no modelo biomédico, avançando para uma perspectiva multiprofissional e integral do usuário dos serviços. Nesse aspecto, nos deparamos com uma questão central, que é a reprodução do preconceito em relação às pessoas que realizam acompanhamento por situações vinculadas à saúde mental. Em relação à contradição na implementação da Política de Saúde Mental, dotada da perspectiva antimanicomial, destacamos que essa contradição se reflete na ausência da perspectiva crítica na fala de alguns dos entrevistados, que não conseguem apreender os impactos de desmonte da Política de Saúde Mental – que se materializa no privilegiamento das comunidades terapêuticas, no aumento do pagamento de leitos em hospitais psiquiátricos, entre outros – no seu cotidiano profissional.

Na implementação de uma perspectiva antimanicomial, outro aspecto central é a participação e o controle social dos usuários e suas famílias na política, tanto pelo fato de a última conferência de saúde mental datar de mais de dez anos, quanto com relação às respostas apresentadas pelos profissionais quando questionados sobre a forma com que se dá a participação dos usuários nas definições em torno dos serviços. O Fórum Permanente de Saúde Mental tem se constituído como um espaço fundamental de trocas profissionais da rede de saúde mental do município, contudo, encontra-se institucionalizado pelo Estado, não funcionando como espaço de questionamento e resistência da população – tal como poderia ser.

Face à constante correlação de forças no campo das políticas sociais, com destaque para a saúde e a saúde mental, retomamos a importância de afirmar os princípios da luta antimanicomial no cotidiano dos serviços, como afirmam as palavras de ordem: “a nossa luta é todo dia! Nossa saúde não é mercadoria! Não ao desmonte e retrocessos na rede de saúde mental! Loucura não se prende, saúde não se vende! Nenhum passo atrás, manicômios nunca mais!” (CFESS, 2020).

Contribuições dos/as autores/as: Ambas as autoras participaram da concepção, elaboração e revisão do artigo.

Agradecimentos: Não se aplica.

Agência financiadora: Não se aplica.

Aprovação por Comitê de Ética: Não se aplica.

Conflito de interesses: Não se aplica.

Referências

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

CAVALCANTE, G. M. M. *A precarização do trabalho e das políticas sociais na sociedade capitalista: fundamentos da precarização do trabalho do assistente social*. Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, Alagoas, 2009.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. *Nota pública: somos todos contra os novos ataques à Política de Saúde Mental*. Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1772>. Acesso em: 18 maio 2021.

CUIABÁ. *Relatório*. In: CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL DE CUIABÁ, 2. Cuiabá: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

MATO GROSSO. *Relatório final*. In: CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DE MATO GROSSO, 3. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2010.

OLIVEIRA, A.G.B. de. *A história de um louco: reflexões sobre o modelo tecnológico psiquiátrico de Cuiabá*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina/ Universidade Federal de Mato Grosso, 1998.

OLIVEIRA, A. G. B. de. *A reforma psiquiátrica em Cuiabá/MT: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental*. Tese de Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

OLIVEIRA, C. L. *O pensamento de Franco Basaglia na área da Saúde Mental. In: ENCONTRO NACIONAL ABRAPSO*, 19. UFPE, Recife, Pernambuco, 2011.

OLIVEIRA, A. G. B. de; CONCIANI, M. E. Serviços residenciais terapêuticos: novos desafios para a organização das práticas de saúde mental em Cuiabá-MT. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 10, n. 1, 2008.

RAMOS, M. Comunicação, direitos sociais e políticas públicas. *In: MARQUES DE MELO, J.; SATHLER, L. Direitos à comunicação na sociedade da informação*. São Bernardo do Campo: Umesp, 2005.

ROTELLI, F. A instituição negada. *In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.

WANDERLEY, M. B.; MARTINELLI, M. L.; DA PAZ, R. D. O. Intersetorialidade nas Políticas Públicas. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 137, 2020.