

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
BACHARELADO EM GESTÃO PÚBLICA

Vanessa Yuri Miura

**AS IMPLICAÇÕES DO FEDERALISMO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL EM BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte

2018

VANESSA YURI MIURA

**AS IMPLICAÇÕES DO FEDERALISMO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL EM BELO HORIZONTE**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao Departamento de Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Gestão Pública.

Orientador: Prof. Dr. José Angelo Machado

Belo Horizonte

2018

VANESSA YURI MIURA

**AS IMPLICAÇÕES DO FEDERALISMO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL EM BELO HORIZONTE**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao Departamento de Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Gestão Pública.

BANCA EXAMINADORA

José Angelo Machado (Orientador) – UFMG/DCP

Simone Costa de Almeida– UFMG/EEFFTO

Belo Horizonte, 26 de junho de 2018

AGRADECIMENTOS

A gratidão é uma das poucas coisas que conforta e nos realiza. Hoje, após concluir esse trabalho e, conseqüentemente, o curso de Gestão Pública, gostaria de oferecê-lo primeiramente a Deus por me dar a força necessária para perseguir os meus sonhos, o discernimento e a serenidade em meio aos desafios, e por me proporcionar a capacidade de me superar sempre.

Agradeço aos meus pais, Isak e Selma, que sonharam junto comigo e me apoiaram incondicionalmente durante toda a trajetória. Às minhas irmãs, Tieme e Mayumi, por estarem sempre comigo. Aos meus avós Maria, Valdomiro, Lisa e Hissão, que me ensinaram a ter fé, ser compassivo e a não desistir. A todos os meus familiares e amigos pela dedicação, compreensão e confiança. Ao Arthur pelo companheirismo e por sempre me incentivar a ir em frente. Aos amigos que o curso me presenteou, agradeço por esses anos em que vivemos muitas experiências juntos, aprendemos a conviver, a perseverar e a surpreender.

Agradeço ao meu orientador, José Angelo, pelo incentivo a explorar essa temática tão maravilhosamente complexa que é a Saúde Mental, pela paciência e apoio na busca pelo melhor resultado nesse trabalho. Aos atores que compõem a luta antimanicomial, pela inspiração, em especial Miriam Abou-yd e Marta Elisabeth que contribuíram tão generosamente com esse trabalho. Aos professores que me guiaram e me proporcionaram acesso à saberes que ampliaram minha visão e conhecimento.

Agradeço a Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas que me ofereceu a oportunidade de enxergar o mundo além da caixa, a aceitar as diversidades e a me aceitar como sou. Agradeço a todos que me influenciaram durante minhas experiências profissionais. Finalmente, agradeço as oportunidades que a Universidade Federal de Minas Gerais me proporcionou. Espero que esta vitória seja o início de muitas outras conquistas, afinal, a vida continua e minha história está apenas começando.

*Eu sou lúcida na minha loucura, permanente na minha
inconstância, inquieta na minha comodidade. Pinto a
realidade com alguns sonhos, e transformo alguns sonhos em
cenas reais. (Martha Medeiros)*

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 foi o marco de redemocratização do país, inovou em diversas searas institucionais e consolidou o federalismo como forma de organização do Estado no Brasil. Nesse mesmo contexto a luta antimanicomial, que se caracteriza pela luta pelos direitos das pessoas com sofrimento mental e a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos, se consolida no país, e emerge a Reforma Psiquiátrica, um processo complexo com a criação de novas instituições e modalidades de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico, que buscam construir um novo lugar social para a loucura. Em Minas Gerais após inúmeras denúncias a precariedade de atendimento oferecido nos hospitais psiquiátricos, profissionais, usuários e familiares fortalecem a luta e passam a reivindicar a reestruturação de uma nova rede de assistência o que obteve considerável progresso durante os anos. Em 2001 a Lei federal nº 10.216/2001 é aprovada, institucionalizando a política nacional de saúde mental. Assumindo a premissa que o federalismo é variável institucional importante para a implementação de políticas públicas no Brasil, com destaque para as de caráter social é pertinente compreender a interação desse condicionante institucional, analisando o modelo de federalismo adotado no Brasil e o papel que cada ente constituinte exerce na formulação e implementação da Política Nacional de Saúde Mental. Nesse contexto, o trabalho buscou analisar a estrutura das relações intergovernamentais decorrente do federalismo brasileiro, identificando os mecanismos utilizados para que a política de saúde mental fosse incorporada no município de Belo Horizonte. Os resultados demonstram que os mecanismos foram fortalecedores de um processo já em andamento, os repasses e incentivos possibilitaram a expansão da reforma e foram incorporados a rede existente, porém não foram determinantes pois existiam inúmeras outras variáveis que agindo simultaneamente construíram a política de saúde mental em Belo Horizonte.

PALAVRAS-CHAVE: Federalismo, Políticas Públicas, Política Nacional de Saúde Mental, Movimento Social, Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The Federal Constitution of 1988 was the re-democratization of the country, innovated in several institutional sectors and consolidated federalism as a form of state organization in Brazil. In this sense, the anti-asylum struggle, characterized by the struggle for the rights of people with mental suffering and the progressive substitution of psychiatric hospitals, is consolidated in the country, and emerges the Reform Psychiatrist, a complex process with the creation of new institutions and modalities of care and attention to psychic suffering, which seek to build a new social place for madness. In Minas Gerais, after several denunciations, the precariousness of care offered in psychiatric hospitals, professionals, users and family members strengthen the struggle and begin to demand the restructuring of a new assistance network which has made considerable progress over the years. In 2001, the Federal Law 10.216 / 2001 was approved, institutionalizing the National Mental Health Policy. Assuming the premise that federalism is an important institutional variable for the implementation of public policies in Brazil, especially those of a social nature, it is pertinent to understand the interaction of this institutional condition, analyzing the model of federalism adopted in Brazil and the role that each constituent entity exercise in the formulation and implementation of the National Mental Health Policy. In this context, the work sought to analyze the structure of intergovernmental relations deriving from Brazilian federalism, identifying the mechanisms used for the mental health policy to be incorporated in the city of Belo Horizonte. The results demonstrate that the mechanisms were strengthening a process already in progress, the transfers and incentives made possible the expansion of the reform and were incorporated into the existing network, but they were not determinant because there were numerous other variables that simultaneously acted to construct the mental health policy in Belo Horizonte.

KEYWORDS: Federalism, Public Policy, National Mental Health Policy, Social Movement, Anti-asylum Fight, Psychiatric Reform.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Série histórica da expansão dos CAPS (Brasil, dez/1998 a dez/2014)	28
Gráfico 2 – Evolução Do Investimento Financeiro Federal Nos Centros De Atenção Psicosocial (Brasil, Dez/2002 A Dez/2014)	29
Gráfico 3 – Leitos Sus Em Hospitais Psiquiátricos Por Ano (Brasil, Dez/2002 A Dez/2014)	30
Gráfico 4 – Proporção De Recursos Federais Destinados À Saúde Mental Em Serviços Hospitalares E Em Serviços De Atenção Comunitária/Territorial (Brasil, Dez/2002 A Dez/2013*)	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Indicador De Cobertura De Caps/100 Mil Habitantes Por Ano E Uf (Brasil, Dez/2002 A Dez/2014)	37
---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	O SISTEMA FEDERATIVO COMO CONDICIONANTE PARA POLÍTICAS PÚBLICAS	15
2.1	CONFIGURAÇÃO DO SISTEMA FEDERALISTA NO BRASIL	19
3	A CONFIGURAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	25
3.1	A REFORMA SANITÁRIA.....	25
3.2	A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	26
3.3	REFORMA PSIQUIATRA EM MINAS GERAIS E EM BELO HORIZONTE	31
4	A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL EM BELO HORIZONTE	34
4.1	INCENTIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	34
4.2	IMPLEMENTAÇÃO EM BELO HORIZONTE	38
4.2.1	O CASO DE BELO HORIZONTE NA VISÃO DAS GESTORAS	44
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
6	REFERÊNCIAS	49

1 INTRODUÇÃO

Os portadores de sofrimento mental, ou seja, pessoas que por algum motivo não possuem completo bem-estar psíquico e social, sempre estiveram presentes na sociedade, porém, quando ainda não havia controle, a loucura era uma questão privada onde as famílias eram responsáveis por seus membros portadores de transtorno mental. Com o passar dos anos surgiram manifestações pautadas na ameaça à ordem social devido à livre circulação dessas pessoas, reivindicando a implantação de serviços de saúde mental, transferindo a responsabilidade para o Estado (AMARANTE, 1998).

Machado (1978) narra que em 1830 os médicos necessitavam solucionar o problema dos alienados abandonados nas ruas das cidades ou internados indevidamente no Hospital da Santa Casa, e para resolver essa questão lançaram o lema “aos loucos o hospício” que obteve sucesso com a criação do Hospício Pedro II no Rio de Janeiro pelo então Imperador, Dom Pedro II. Esse hospício e outros que surgiram após isso tiveram o impacto social de, segundo Silvio Yasui (2010), legitimar a exclusão de indivíduos não enquadráveis a sociedade da época.

Para Resende (1987) a palavra “exclusão” é a melhor para definir a política de assistência asilar-manicomial oferecida aos portadores de doença mental no país durante o século XX. Este modelo manicomial teve como base a instituição psiquiátrica enquanto saber médico hegemônico, onde o hospital possui autorização e legitimidade para atuar na cura aos portadores de transtornos mentais (QUINDEDERÉ; SALES; ALBURQUEQUE; JORGE, 2010).

Segundo Carvalho e Amarante (2000) o tratamento desses transtornos ocorre a partir da patologização da loucura, ou seja, da intervenção através de um aparato tecnológico e de práticas centradas na medicação, principalmente. O único meio possível, para este modelo, é a hospitalização visando um atendimento baseado na internação, medicação e em técnicas coercitivo-punitivas (CARNEIRO, 2008). Os indivíduos são tratados de maneira isolada no modelo asilar, não sendo considerados os componentes do seu meio social como a família, grupos de amigos e comunidade, além de serem desconsiderados os seus desejos e vontades, transformando-o em um expectador durante o tratamento. (QUINDEDERÉ; SALES; ALBURQUEQUE; JORGE, 2010).

No decorrer dos anos, no mundo e no Brasil, surgiram inúmeras propostas de alteração na maneira de tratamento dos sofredores de doença mental e da configuração da Psiquiatria e das estruturas responsáveis por esse tratamento. Franco Basaglia (1924-1980) foi um psiquiatra italiano que reformulou o modelo de tratamento utilizado pelas instituições psiquiátricas, promovendo mudanças práticas e teóricas no atendimento dos sofredores mentais. Ele concluiu que a Psiquiatria, isolada, não era suficiente para tratar o paciente e que o isolamento e a internação em manicômios poderiam até mesmo agravar a condição dos pacientes, sendo necessário remodelar a estrutura psiquiátrica e substituir a hospitalização por atendimentos terapêuticos como, por exemplo, os centros comunitários, centros de convivências e tratamento ambulatorial. O trabalho de Basaglia impulsionou o movimento antimanicomial em todo mundo.

O Movimento Antimanicomial, segundo a Associação José Martins de Araújo Jr, se caracteriza pela luta pelos direitos das pessoas com sofrimento mental, reivindica o combate à ideia de que se deve isolar essa pessoa em nome de pretensos tratamentos e faz lembrar que, como todo cidadão, estas pessoas têm o direito fundamental à liberdade e a viver em sociedade, além do direito a receber cuidado e tratamento sem que para isto tenham que abrir mão de seu lugar de cidadãos.

No Brasil, a luta antimanicomial teve seus primeiros passos no período de abertura do regime militar, juntamente com o processo político de renascimento dos movimentos sociais e da redemocratização do país. Nesse contexto surgem as primeiras manifestações no setor de saúde através da constituição do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do movimento de Renovação Médica (REME), importantes cenários de discussão e produção de pensamento crítico na área no interior da qual também surgiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). O MTSM assumiu papel relevante nas críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, além de reivindicarem melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços (HAHN LÜCHMANN,2007).

No ano de 1987 aconteceu o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru/SP, registrando a presença de associações de usuários e familiares, cujas participações constituiu um movimento mais amplo, pois não apenas trabalhadores, mas outros atores se incorporaram à luta pela transformação das políticas e práticas psiquiátricas (HAHN LÜCHMANN,2007).

Foi criado, no II Congresso, o Manifesto de Bauru, definido por Silva (2003) como o documento de fundação do movimento antimanicomial, pois afirmou o laço social entre os profissionais com a sociedade para combater as formas de tratamento vigentes na época. A partir desse manifesto ficou enraizada a ideia de uma luta conjunta e nacional, com posição clara, no combate político por uma sociedade sem manicômios (LOBOSQUE, 2001).

Depois de seis anos de articulações e fortalecimento, ocorreu, em 1993, o I Encontro Nacional de Luta Antimanicomial em Salvador/BA, ficando definido em seu relatório final que:

“O movimento da luta antimanicomial é um movimento social, plural, independente, autônomo que deve manter parcerias com outros movimentos sociais. É necessário um fortalecimento através de novos espaços de reflexões para que a sociedade se aproprie desta luta. Sua representação nos conselhos municipais e estaduais de saúde, nos fóruns sociais, entidades de categorias, movimentos populares e setores políticos seriam algumas formas de fortalecimento” (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 5).

Da Luta Antimanicomial emerge a Reforma Psiquiátrica (RP), um processo social complexo com a criação de novas instituições e modalidades de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico, que buscam construir um novo lugar social para a loucura (YASUI, 2010). A Reforma se configura não apenas como mudança de um sub-setor na área da saúde, mas como um processo político de que visa uma transformação social.

Em 2017 a luta antimanicomial completou 30 anos e os movimentos populares, coletivos e entidades organizaram, no dia 18 de maio, atos em todo país para celebrar o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, com objetivo de comemorar as vitórias alcançadas nessas três décadas e defender pautas atuais, como a ampliação e melhorias no sistema substitutivos da rede municipal de saúde. Além de mobilizar a população para os casos de usuários que não recebem a atenção necessária do sistema de saúde e acabam isolados, mesmo que agora em suas residências, mediante uso excessivo de psicofármacos, a luta antimanicomial busca conscientizar para a importância do envolvimento dos familiares com o tratamento e apontar as deficiências técnicas e de recursos nas equipes de saúde.

Por outro lado, além das resistências políticas de atores beneficiários pelo modelo baseado no manicômio, a implementação da reforma antimanicomial tem lidado com obstáculos relativos às próprias características do Estado brasileiro, em especial o Federalismo. Esta forma de organização do Estado, em que diferentes níveis de governo

possuem espaços próprios de atuação sobre o mesmo território, requer a operação de mecanismos de coordenação que deem consistência às políticas implementadas nos diferentes cantos do território nacional. Este desafio é ainda maior no caso brasileiro em que, além do nível estadual – com seus 27 entes federados – se inclui o nível municipal – com 5.570 entes locais.

Devido ao exposto, assumindo a premissa que o federalismo é variável institucional importante para a implementação de políticas públicas no Brasil, com destaque para as de caráter social (ARRETCHE, 2004; SOARES e CUNHA 2016), torna-se pertinente compreender a interação desse condicionante institucional, analisando o modelo de federalismo adotado no Brasil e o papel que cada ente constituinte exerce na formulação e implementação da Política Nacional de Saúde Mental. O objetivo é analisar a estrutura das relações intergovernamentais decorrente do federalismo brasileiro, identificando os mecanismos utilizados para que a política de saúde mental fosse incorporada no município de Belo Horizonte, considerando os incentivos e constrangimentos oferecidos devido a configuração do federalismo brasileiro. O trabalho busca ainda contribuir com o esforço de outros estudos na área e para a consolidação desta política no município.

A metodologia adotada consistirá em revisão da bibliografia e da legislação que analisa o federalismo, a política nacional de saúde mental e a relação entre ambos, além de contar com entrevistas de pessoas envolvidas diretamente na área. Mais precisamente, serão expostos e discutidos os conceitos de federalismo e a trajetória da institucionalização da reforma psiquiátrica no Brasil e em Belo Horizonte. Posteriormente, serão analisados dados secundários disponibilizados por órgãos governamentais, através de coleta e apresentação periódica, além da legislação federal, estadual e municipal pertinente à Saúde Mental, e em seguida apontados os principais mecanismos que possibilitaram a implementação da política no município.

O trabalho está dividido em três capítulos, para além desta introdução e das considerações que se seguirão ao final. O primeiro capítulo explora o desenho institucional do federalismo, apresentando a literatura internacional sobre o assunto, além de expor a configuração deste sistema no Brasil. No segundo capítulo, será apresentado o histórico da reforma psiquiátrica no Brasil e seus reflexos no âmbito nacional após sua institucionalização através da Política Nacional de Saúde Mental, bem como sua incorporação em Belo Horizonte. No terceiro capítulo serão apontados os principais

mecanismos utilizados para a indução de adesão da política no Município de Belo Horizonte. Por fim, as conclusões apresentarão uma síntese dos achados e apontará algumas questões pertinentes aos desafios que se apresentam para a política no contexto atual no Brasil.

2 O SISTEMA FEDERATIVO COMO CONDICIONANTE PARA POLÍTICAS PÚBLICAS

A Constituição Federal do Brasil de 1988 trouxe uma nova configuração para o país, incluindo o desenho federativo e as competências de cada esfera de governo na oferta de políticas sociais. Dentre as principais características do novo desenho institucional a autora Celina Souza (1996) destaca a forte diretriz da descentralização em favor dos governos municipais, abrangendo não apenas a dimensão administrativa, mas também a política e a fiscal.

Porém, antes de apresentar como se configurou o federalismo no Brasil, é necessário um primeiro contato com a literatura internacional que trata dessa temática. Há um consenso entre os estudiosos de federalismo que existem diferentes abordagens sobre o tema impossibilitando assim uma única definição, então cada autor utiliza a abordagem que melhor se enquadra e possibilita maior capacidade explicativa para o seu trabalho.

Essa complexidade teórica ocorre, segundo Celina Souza (2008), devido a alguns problemas. O primeiro que se pode citar é que algumas formulações teóricas tratam o federalismo como uma forma superior de governo, enquanto outras o apresentam como uma doutrina. O segundo problema é que o federalismo, como sistema, foi um fenômeno que surgiu anteriormente a sua teorização, diferentemente das teorias clássicas. O terceiro problema ocorre porque o conceito de federalismo depende de outros conceitos, principalmente o de democracia constitucional e o de democracia descentralizada, ocasionando em alguns momentos ambiguidades teóricas. O quarto problema se configura pelo caráter instável, mutável e experimental dos arranjos federativos existentes. Por último e não menos importante, o quinto problema é a ausência de diálogos entre os estudiosos da área.

No trabalho elaborado por Souza (2008), foram mapeadas as principais linhas teóricas, filtrando pelas que mais são influentes ou passíveis de aplicação no caso do federalismo brasileiro. Julga-se importante ilustrar através dessa obra, por considerar que ela possibilita um melhor esclarecimento sobre o federalismo e suas implicações. A primeira abordagem foi “Federalismo como descentralização das instituições políticas e das atividades econômicas”; seguida por “Federalismo e democracia”; em terceiro “Federações e federalismo”; e por último Federalismo como pacto.

Na primeira abordagem apresentada por Souza (2008), “Federalismo como descentralização das instituições políticas e das atividades econômicas”, o federalismo é retratado como um sistema onde a distribuição da atividade política e econômica é espacialmente descentralizada no interior de um território nacional. Essa perspectiva norteia os estudos sobre federalismo fiscal e análises que o considera como um meio de competição entre mercados políticos. Podendo dividir essa linha de pensamento em algumas escolas.

A primeira escola que Souza (2008) cita se formou em torno da contribuição de William Riker, que enfatizou o federalismo como um fenômeno político onde o foco central de sua pesquisa está na identificação de como as instituições moldam a competição política e criam mecanismos para incentivar as elites políticas a se posicionarem em relação a adoção do federalismo. Segundo Riker (1964, 1975) as federações não se configuram através de um desenho coerente, e sim a partir de barganhas e manipulações. Além disso, o autor defende que o federalismo não exerce impacto sobre o resultado das políticas públicas, tese que segundo ele é possível comprovar com a observação das semelhanças entre as políticas implantadas nos países federativos e aquelas produzidas por Estados unitários durante o século XX.

A literatura sobre federalismo fiscal produzida por autores como Ferejohn e Weingast (1997) encarou o federalismo como um mecanismo descentralizador com poder de incentivar a competição entre governos e, assim, criar ou reforçar as vantagens de uma economia de mercado. Com isso o federalismo é capaz de limitar a ação arbitrária do poder em todos os entes do governo, o que promoveria eficiência econômica além de preservar as instituições do mercado.

Com base da análise da teoria do federalismo fiscal as obras de Bednar, Eskridge Jr. E Ferejohn (2001) e Bednar (2005) levantaram uma preocupação que é a possibilidade de os entes constitutivos burlarem o arranjo federativo. Para evitar que isso ocorra é necessário, segundo os autores, a combinação dos seguintes elementos: um sistema de separação formal de poderes; alguns requisitos para a aprovação de legislação, tais como votação bicameral e veto presidencial; um sistema eleitoral que limite a coligação de partidos políticos; e uma corte constitucional independente. Tais elementos ainda oferecem saídas para averiguação de um dos principais dilemas sobre o federalismo em todos os países, sua aplicação prática.

A segunda abordagem, “Federalismo e democracia”, Souza (2008) aponta autores como Lane e Ersson (2003), Ostrim (1974, 1984, 1991) e Stepan (1999) enquanto referências dessa abordagem, em que se argumenta que somente no regime democrático é possível existir garantias confiáveis e mecanismos institucionais que possam assegurar que as prerrogativas legislativas das unidades da federação serão respeitadas.

Segundo Cibele Franzese (2010), a Constituição desempenha papel de grande importância a partir desse enfoque, pois ela reúne os principais parâmetros para a existência, exercício e manutenção da dupla soberania característica das federações. Assim, essa abordagem melhor se aplica para estudos sobre o desenho institucional das federações e o papel da Constituição nos sistemas políticos federativos.

Outro teórico incluído por Souza (2008) essa linha de pensamento é Robert Dahl (1986), que define o federalismo como um sistema em que algumas agendas são de responsabilidade de determinadas unidades locais e estão, constitucionalmente, à parte da autoridade da União, enquanto outras estão fora da esfera de competência de unidades menores. Assim somente os sistemas democráticos são capazes de garantir que as regras formais, inclusive as do federalismo, sejam respeitadas. Além do mais, países que adotaram o federalismo o fizeram através de um cálculo racional materializado nas suas constituições (SOUZA, 2008).

Segundo para a terceira abordagem, “Federações e Federalismo”, tem-se como precursor Preston King (1982) e um dos principais defensores Michael Burgess (1933; 2006), ambos trabalhando na conceituação e diferenciação entre federalismo e federação. O conceito de federação apoia-se na estrutura institucional que, dentro de um mesmo Estado, acomoda um governo central e governos subnacionais. Diferenciando-se, o federalismo é visto, por Burgess (1993), como um fato empírico em reconhecimento à diversidade em seus contextos social, econômico, cultural e político.

A relação entre federalismo e federação ocorre de maneira que o primeiro seja condição para a existência do segundo. Franzese (2010) expõe que não há federação sem a estruturação do federalismo, ou seja, sem algum grau relevante de diversidade que adquira visibilidade política. Ela apresenta ainda que, por um outro lado, podem existir países não federativos com presença de uma situação de federalismo, ocasionando conflitos internos na maioria dos casos. Essa abordagem é interessante por demonstrar

que a ideia de respeito e preservação da diversidade constitui um valor essencial do federalismo. (FRANZESE,2010).

Por último, a quarta abordagem trabalhada por Souza (2008) é o “Federalismo como pacto”, tendo como principais formuladores o constitucionalista Wheare (1953) e o cientista político, Elazar (1984; 1987; 1991; 1994). Elazar (1991) define federalismo como uma combinação, por pacto ou aliança, do princípio da unidade com o princípio da autonomia interna, cenário que não ocorre a partir de um contrato entre articuladores individuais e, sim, entre governos soberanos. Franzese (2010) define essa abordagem como uma espécie de acordo de confiança estabelecido entre os entes federativos, baseado no mútuo reconhecimento, tolerância e respeito entre os envolvidos. Assim, a teoria do federalismo como pacto é utilizada como alicerce dos estudos que focam nas relações intergovernamentais.

Franzese (2010) apresenta, como uma das principais consequências da federação, a origem por meio de um acordo entre as partes envolvidas na construção de arranjos institucionais por diferentes centros de poder, dando origem a uma das características definidoras do federalismo para Elazar: a estrutura institucional não-centralizada, com difusão de poderes entre os diferentes centros “cuja existência e autoridade são garantidas por uma Constituição”. É essa Constituição que formaliza o pacto e a coexistência de diferentes centros de poder dentro de uma mesma nação (IDEM, 1987, p.34). É interessante ressaltar que além da ideia da não-centralização, Elazar propõe a imagem de que o federalismo é composto, não apenas por disposições constitucionais que podem ser institucionalizados ou informais, mas também por normas infraconstitucionais e relações intergovernamentais, compondo um arranjo dinâmico que está em constante movimento e onde diferentes centros de poder estão em constante negociação, sem perder seu status de ente autônomo (FRANZESE, 2010).

Grodzins (1966) e Elazar (1962) apoiados nessa nova teoria de federalismo, desenvolveram a teoria do federalismo cooperativo, onde a dimensão das regras compartilhadas pelo pacto estabelecido leva à existência de uma necessária interação nas federações, por isso o nome cooperativo. É importante observar que o adjetivo cooperativo não implica uma interação amigável entre as esferas de governo, mas reforça apenas que os diferentes governos, para manter a dinâmica estabelecida, devem funcionar e trabalhar juntos (FRANZESE, 2010).

Elazar (1999) argumenta que a própria constituição do pacto federativo é o primeiro movimento de parceria entre indivíduos, grupos e governos. Segundo ele, o modelo cooperativo se concretiza por essas parcerias onde a negociação é a base para o compartilhamento do poder. Sendo estes os três elementos presentes na teoria - as parcerias, as relações de cooperação e a negociação - como pilares para o compartilhamento de poder (FRANZESE, 2010).

A fim de melhor estruturar este trabalho, será adotado como conceito a teoria do federalismo cooperativo como norteador da abordagem, uma vez que a implementação da política antimanicomial supõe intensa interação entre níveis de governo.

Recapitulando: a teoria apresenta que o que caracteriza uma federação é um padrão de interação entre as esferas de governo baseado no respeito à integridade mútua e na cooperação desenvolvida por meio de negociação. Porém essa cooperação não significa harmonia entre os entes federativos e sim uma interação de interesse em que todos os envolvidos buscarão os melhores resultados para si. A única certeza dessas articulações é que a cooperação é necessária e, conseqüentemente, estrutura diferentes jogos na dinâmica federativa, dentro dos parâmetros das regras constitucionais (FRANZESE, 2010).

2.1 Configuração do sistema federalista no Brasil

A literatura sobre federalismo e políticas públicas no Brasil é bastante convergente ao apontar que na história do país existiram períodos de centralização e descentralização (ALMEIDA, 2001). Argumentando sobre isso, Souza (2002) sugere ainda que o federalismo brasileiro oscila, continuamente, entre centralização e descentralização, caminhando entre os dois extremos.

O ideal federativo esteve presente durante a primeira Assembleia Constituinte do Brasil em 1922, contudo naquele período prevaleceu a centralização do poder em torno de D. Pedro I, o que, segundo alguns historiadores, talvez tenha influenciado para a manutenção da unidade do território brasileiro, evitando assim a fragmentação do território (SOUZA, 2005).

Segundo Celina Souza (2001) a primeira Constituição brasileira promulgada em 1824, após a independência de Portugal, delegou poderes administrativos às então 16 províncias, mas não permitiu autonomia política formal ou informal. No entanto, Adriana

Souza (2015) reforça que o desejo de que fosse conferido maior poder de deliberação sobre os interesses regionais às províncias acompanhou todo o período imperial, contribuindo fortemente para a Proclamação da República que, em 15 de novembro de 1889, pôs fim ao poder do Imperador, tido como obstáculo à desejada descentralização política.

Devido a esse desejo de autonomia decisória, era inevitável a escolha pela Federação como forma de Estado pelos constituintes de 1891. Inspirados pela constituição americana, foram definidas as matérias de competência da União e as demais foram destinadas aos estados federados marcando um movimento em direção a descentralização (SOUZA, 2015). Porém, apesar de ter garantido a autonomia dos entes federados no plano político, não foi implantada uma verdadeira democracia durante as primeiras décadas no Brasil, havendo predomínio do controle das oligarquias sobre os processos decisórios, principalmente nos estados mais ricos como São Paulo e Minas Gerais, marcando na história do país o arranjo que ficou conhecido como “política do café com leite”, onde os dois estados se revezavam no governo federal (FRIZENSE, 2010).

O arranjo entre São Paulo e Minas Gerais se encerrou devido à insistência dos paulistas em eleger, consecutivamente, seus candidatos, rompendo com o acordo estabelecido, bem como pela pressão exercida pelos outros estados e alguns setores da sociedade, descontentes com essa configuração. Com o apoio de Minas Gerais, o candidato gaúcho Getúlio Vargas assumiu o poder em 1930. O período governado por Vargas produziu impactos no federalismo brasileiro, principalmente pela forte centralização de poder no Executivo Federal e pela constituição de um modelo desenvolvimentista onde, com a liderança deste último, emergiu um processo de urbanização e industrialização que resultou em uma diminuição do isolamento econômico entre os estados brasileiros (SOUZA, 2015).

Getúlio Vargas, em 1932, conduziu uma reforma eleitoral que introduziu a super-representação das regiões menores e economicamente mais frágeis no Congresso Nacional, o que fortaleceu o poder de estados com baixa capacidade de interferência nas políticas nacionais (SOUZA, 2002).

Em 1937, após um golpe de Estado, Getúlio Vargas garantiu a sua continuidade frente do governo central, tendo como apoio importantes lideranças políticas e militares,

instaurando assim o Estado Novo, um período autoritário da nossa história que durou de 1937 a 1945, marcado pela centralização de poder político, administrativo e financeiro. Os estados passaram a ser governados por interventores nomeados diretamente pelo Presidente, o que garantia sua lealdade ao governo federal (SOUZA, 2015).

A Era Vargas terminou, dentre outros fatores, após a mobilização de diversos atores, políticos e da sociedade civil afim de promover a redemocratização do país. O período deixou como legados para o federalismo brasileiro o fortalecimento do Executivo e das burocracias federais, além de estruturas de super-representação dos estados menores no Congresso Nacional (FRIZENSE, 2010).

Após o retorno do regime democrático, uma nova Constituição foi elaborada em 1946. Rezende (1976) disserta que ela foi responsável por introduzir o primeiro mecanismo de transferências intergovernamentais do âmbito federal para o municipal, buscando diminuir os desequilíbrios verticais de receita, sendo a questão dos desequilíbrios horizontais parcialmente introduzida pela destinação de recursos federais para as regiões economicamente mais pobres (SOUZA, 2005). Porém, Mahar (1976) apresenta que tais medidas não obtiveram sucesso esperado devido ao crescimento das atividades federais, ao aumento do número de novos municípios, à inflação e ao não pagamento das quotas federais aos municípios.

Souza (2005) expõe que Constituição de 1946 manteve a marca de ter sido a de vida mais longa da história constitucional brasileira, onde os seus dispositivos e o regime democrático por ela institucionalizado conseguiram sobreviver a várias crises políticas desde o suicídio de Vargas, a renúncia de Jânio Quadros e a posse de João Goulart. Porém somente não foi capaz de suportar à crise econômica e política iniciada em meados dos anos 1960.

O Golpe de 1964, protagonizado pelos militares, colocou o Brasil na rota dos regimes autoritários que passaram a governar a América Latina nos anos de 1960. No primeiro momento não foi promulgada uma nova Constituição, embora tenham feito emendas constitucionais. A nova Constituição foi promulgada em 1967 e, em 1969, uma emenda constitucional foi editada. Essa constituição e a reforma tributária realizada em 1966 induziram a uma centralização na esfera federal, afetando o federalismo e suas instituições (SOUZA, 2005). Porém, isso não significou a eliminação do poder dos governadores e dos prefeitos, como demonstra Medeiros (1986), uma vez que esses

tiveram grande papel enquanto legitimadores do regime militar e contribuíram na formação de coalizões importante para a manutenção do regime.

Souza (2005), exhibe em seu trabalho que, durante o período militar, houve uma nova centralização do poder no Executivo Federal, observando-se também uma centralização das receitas tributárias na União, mas com presença de transferências aos governos subnacionais pelo mecanismo dos Fundos de Participação, sendo estas utilizadas como estratégia na conquista de aliados nos estados. A centralização política ocorreu a partir de ações do Governo Federal para controlar integralmente as eleições para os executivos estaduais, em seguida transformando-as em eleições indiretas (ABRUCIO, 1988). O planejamento central e as transferências de recursos a governos subnacionais que se organizassem segundo as diretrizes do governo central contribuíram para a centralização no campo administrativo. Outro mecanismo utilizado para manter o alinhamento com as pretensões federais eram as celebrações de convênios, cuja sobre a ilusão de “cooperação intergovernamental”, os governos subnacionais se comprometiam a seguir as diretrizes administrativas federais.

O período de redemocratização após o fim da ditadura militar se iniciou com uma alteração importante: eleições diretas primeiro para governador, em 1982. A configuração de oposição ao período autoritário com poder centralizado fez com que o Congresso Constituinte aderisse à ideia de que descentralização significaria democratização. Assim a Constituição de 1988 foi considerada com um marco importante no processo de redemocratização e para a redefinição da estrutura do federalismo brasileiro, caminhando para uma estrutura mais descentralizada (SOUZA, 2005).

Adriana Souza (2015) aponta que, nos períodos em que foi respeitada a ordem democrática, os estados federados puderam exercer as competências garantidas pelo Constituição. A Constituição de 1988 redesenhou a estrutura do Estado, alterando as feições para uma federação descentralizada, e inovou ao reconhecer o município como ente federativo, o que lhe permitiu autonomia política e administrativa. Uma das dimensões importantes desse processo foi a redefinição de competências e atribuições das esferas de governo no âmbito da proteção social.

Desde que Constituição foi promulgada até os dias atuais, várias mudanças ocorreram na dinâmica federativa, como inúmeras emendas, além de uma vasta legislação e regulamentação que, ao darem forma às diretrizes estabelecidas constitucionalmente,

foram moldando novos padrões de relações intergovernamentais ao longo dos anos. Marcus Melo (2005), em seu trabalho, analisou as 50 (cinquenta) emendas constitucionais aprovadas entre 1988 e 2004 e identificou que quase metade delas (42%) refere-se diretamente a aspectos do federalismo brasileiro (FRIZENSE, 2010).

Cibele Franzese (2010) retrata que as emendas constitucionais aprovadas refletiram o rearranjo de forças ocorrido no âmbito político a partir de meados da década de 1990, marcado por uma nova atuação do Executivo Federal face aos governos subnacionais. Tais mudanças foram acompanhadas por uma alteração na provisão das políticas públicas, enquanto o Governo Federal passou a implementar uma série de ações com o objetivo de nacionalizar padrões de políticas públicas e aumentar a coordenação entre os entes federativos, o que resultou na ampliação do acesso a serviços na área social, ampliando fortemente a atuação dos governos subnacionais na promoção do bem-estar social da população.

Simone Almeida (2015) retrata que, nesse período, as relações federativas foram reconstruídas perante a tentativa de obter estabilidade econômica, controle fiscal na esfera subnacional e a recomposição de receitas públicas. Nesse contexto, a principal estratégia adotada para que estados e municípios passassem a aderir às diretrizes nacionais na implementação de políticas públicas foi a criação condições atrativas, principalmente por meio de transferências intergovernamentais. Passou a ocorrer, então, um aumento dessas transferências por parte da União para os estados e, principalmente, para os municípios, impulsionando a descentralização de políticas públicas onde as responsabilidades estão claramente definidas. Machado (2011), salienta que essas transferências conferiram à União um forte instrumento de indução de políticas públicas.

A Constituição de 1988 trouxe outras alterações que a fizeram ser nomeada como Constituição Cidadã, devido ao seu caráter mais social. Ela instituiu atribuições comuns à União, estados e municípios em algumas áreas específicas como: saúde, assistência social, educação, cultura, habitação e saneamento, meio ambiente, proteção do patrimônio histórico, combate à pobreza e integração social dos setores desfavorecidos e educação para o transito. Para complementar, segundo o art. 23 da CF/88, os entes devem redigir legislação específica para definir as formas de cooperação entre os três níveis de governo.

Para o desenvolvimento deste trabalho, é importante destacar que no conjunto de competências compartilhadas está a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido sob uma nítida concepção de articulação e cooperação entres os três entes federados (ALMEIDA, 2015). Sano e Abrúcio (2013) argumentam que a implantação do SUS é a experiência mais exitosa, se considerada a articulação intergovernamental. O SUS estabelece como princípios o acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações; a equidade na oferta de serviços; a descentralização político e administrativa na gestão de tais serviços; a hierarquização da rede e o controle social do sistema de saúde, a partir da participação da sociedade (DUARTE, 2008).

A atuação de cada uma das esferas de governo é definida considerando a função de cada uma para o funcionamento do sistema. A União é responsável pela coordenação, normatização e definição de padrões nacionais para a ação governamental no setor saúde; cabe aos estados as funções de coordenação e normatização complementar no seu nível, além de acompanhar, avaliar e controlar as redes regionalizadas, bem como apoio técnico e financeiro; já os municípios possuem as funções de planejamento, organização, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde, além de gestão e execução dos serviços de saúde (ALMEIDA, 2015).

A partir da experiência da implementação do SUS, Almeida (2000) declara que emerge um contraponto à ideia de que o modelo federativo brasileiro é anômalo, por ser constituído por uma superposição de competências e atribuições entre as três unidades de governo. Na visão da autora, o Brasil pode ser pensado como um federalismo cooperativo e descentralizado, onde competências são compartilhadas e ocorre um processo contínuo de negociação dos termos da cooperação. Concordando com essa visão, este trabalho adota essa conceituação.

3 A CONFIGURAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A presença expressa do SUS na Constituição de 1988 significou a institucionalização de uma aspiração do Movimento Sanitarista, que veio sendo construída antes mesmo da redemocratização. Tal movimento será apresentado nesse capítulo, juntamente com o Movimento Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, temática desse trabalho.

3.1 A Reforma Sanitária

Na segunda metade dos anos setenta surgiu, nas periferias das grandes cidades, movimentos sociais apontando para as necessidades de sobrevivência cotidianas como o transporte, a moradia, o saneamento básico e a saúde, questões comuns que possibilitaram o desenvolvimento de uma identificação e o reconhecimento de interesses coletivos (YASUI, 2006). Para Jacobi (1989) essas situações presentes no cotidiano e a organização coletiva possibilitaram o surgimento no cenário político de novos sujeitos históricos, os quais foram se afirmando como essenciais interlocutores no processo de reconstrução da cidadania. Essa configuração emergiu em tempos autoritários, onde as condições cotidianas ganham espaço no campo de luta possibilitando a conquista de espaços políticos para a manifestação, articulação, reivindicação e exigências de direitos frente ao Estado, solidificando, na sociedade civil, a noção de participação e ação coletivas, acelerando a transição democrática (TELLES 1987).

Nessa conjuntura emergiu a Reforma Sanitária, que teve como motivação a transformação das condições de saúde da população e como norteador um projeto consubstanciado em um conjunto de políticas articuladas que exigem consciência sanitária, participação da cidadania e forte vinculação com as lutas políticas e sociais mais amplas (PAIM, 1997). Fleury (2009) descreve este movimento como um projeto, cuja trajetória esse pautou na reformulação de um campo de saber, na definição de uma estratégia política e na condução de um processo de transformação institucional.

Teixeira & Mendonça (1995) evidenciaram três direcionamentos básicos das estratégias de luta pela reforma do sistema de saúde brasileiro. O primeiro foi a politização da questão da saúde, onde o objetivo seria aprofundar e difundir uma nova consciência sanitária, possibilitando um consenso de todos os cidadãos em relação a transformação do setor e da natureza social que incidem sobre o processo de atendimento e organização da atuação médica; o segundo visava alteração da norma legal, necessária

para a criação do sistema único universal de saúde, reconhecendo o Movimento Sanitário como o sujeito e dirigente da reforma; e, por último, a mudança das práticas institucionais sob a orientação dos princípios democráticos, resgatando a saúde como um bem de caráter público.

Para Telma Menicucci (2006), a reforma fora resultado da ação política decorrente da emergência e da organização de novos sujeitos políticos, que, se aproveitando de uma conjuntura favorável de democratização, foram bem-sucedidos no processo de transformação de uma comunidade epistêmica, organizada em torno de uma concepção de saúde, em um grupo de ação política, capaz de definir um objetivo institucional.

Yasui (2010), por sua vez, entende que a saúde mental, encontra-se inserida dentro desse processo amplo, onde a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica trilharam os mesmos caminhos, pois compartilharam as discussões sobre as mudanças na atenção à saúde e sobre os caminhos para uma reorientação geral da lógica de atuação.

3.2 A Reforma Psiquiátrica

Segundo Gonçalves e Sena (2001) a Reforma Psiquiátrica surgiu como um movimento histórico de caráter político, social e econômico influenciado pela ideologia de diversos grupos de interesses. Ainda segundo as autoras a reforma psiquiátrica é fruto de maior maturidade teórica e política com maior conscientização da sociedade civil organizada, sendo hoje discutida como parte das políticas de saúde, principalmente no âmbito dos governos municipais.

Na sua origem, a Reforma Psiquiátrica foi resultado de uma articulação de diferentes atores da sociedade civil que apresentaram suas demandas e necessidades assumindo assim o seu lugar de interlocutor e exigindo do Estado a concretização de seus direitos (YASUI,2010). Esses diferentes atores constituíram diferentes movimentos que juntos possibilitaram o questionamento das políticas psiquiátricas em vigência, visando a desconstrução dos modelos asilares e a substituição dos serviços ofertados aos portadores de saúde mental. Prezaram por uma nova cidadania e uma nova ética que, somada à ideia de emancipação do sujeito, estivesse atenta às novas formas de exclusão social (GOULART, 2007;2004).

A ação transformadora da reforma psiquiátrica foi se constituindo a partir de um conjunto de iniciativas, a saber:

Desenvolvimento de ações alternativas e, num segundo momento, substitutivas ao modelo asilar ou centrado no hospital psiquiátrico. Além disso, aumento da fiscalização de clínicas e hospitais psiquiátricos e ocorrendo, paulatinamente, a limitação ao crescimento das estruturas psiquiátricas e a redução do parque manicomial em todo o país. (GOULART, 2006, p.10).

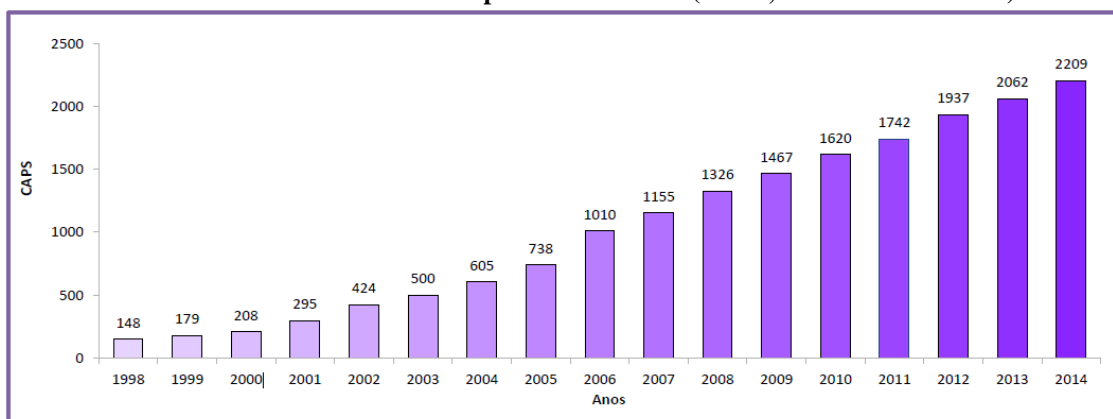
No ano de 1989, ocorreu a primeira tentativa de alteração legislativa da configuração hospitalocêntrica existente: o Projeto de Lei nº 3.657/89, apresentado pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG) e que continha apenas três artigos. O primeiro impossibilitava a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de meios substitutos de atendimento; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação. O projeto foi aprovado pela Câmara dos Deputados, porém enfrentou empecilhos no Senado, retornando para agenda legislativa dez anos depois após ser reformulado (TENÓRIO, 2002).

Somente em seis de abril de 2001 após algumas reformulações e debates, a Lei nº 10.216/2001 foi aprovada, institucionalizando a política nacional de saúde mental. A Lei trata dos direitos das pessoas com transtornos mentais e reorienta o modelo assistencial em saúde mental, se tornando referência ao reorientar o modelo de atendimento em saúde mental no país e buscando consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, buscou a mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade, garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, oferecendo cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece.

Esta lei foi responsável pela criação de uma rede substituta aos hospitais psiquiátricos, optando por um tratamento focado nos serviços de base comunitária em detrimento ao modelo asilar, criando linhas de financiamento específicas, visando incentivar a disseminação dos novos serviços, sendo eles: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), centros de convivência, serviços residenciais terapêuticos (SRT) e cooperativas sociais. Além disso, foram criados mecanismos de gestão, redução de leitos graduais pelo país e fiscalização. (ALMEIDA, 2015).

Conforme o gráfico abaixo disponibilizado pelo Ministério da Saúde em outubro de 2015, através do informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental, elaborado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, é possível verificar uma constante expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, o que permite inferir uma consolidação desse modelo de atendimento aos sofredores mentais.

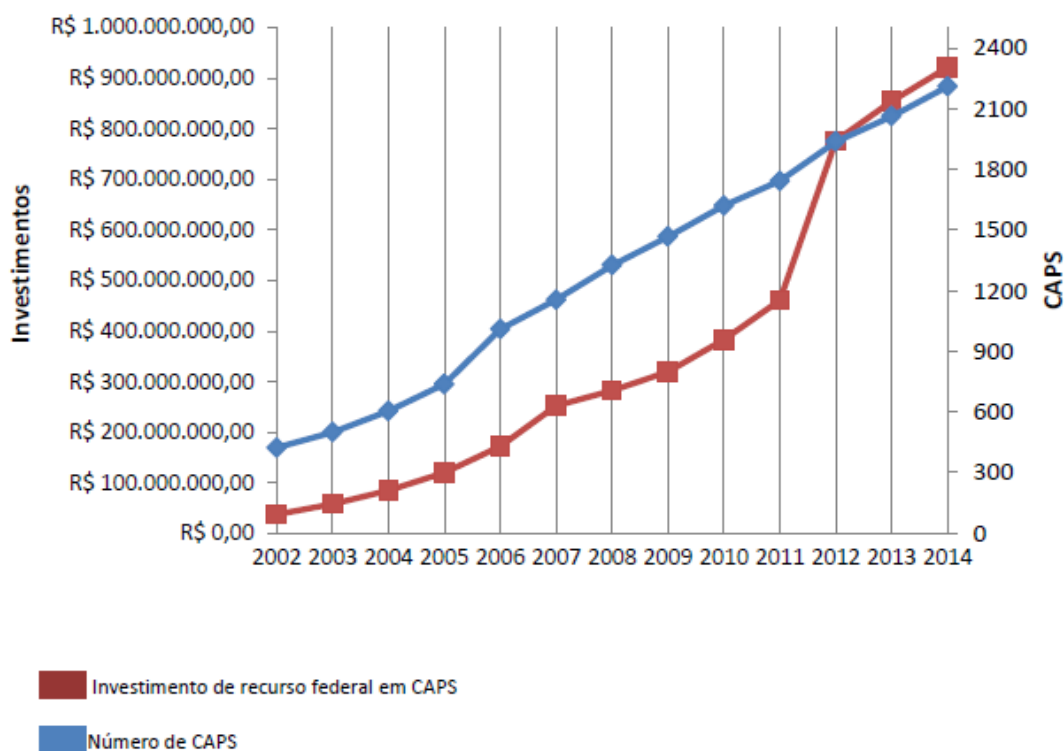
Gráfico 1 – Série histórica da expansão dos CAPS (Brasil, dez/1998 a dez/2014)



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Após 2001: Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica. Antes de 2001: Levantamento CAPS Disque-Saúde.

O mesmo relatório trouxe informações sobre o aumento de recursos financeiros federais aplicados no custeio dos CAPS (coluna esquerda), em função do aumento do número de serviços (coluna direita) ao longo dos anos.

Gráfico 2 – Evolução do investimento financeiro federal nos Centros de Atenção Psicossocial (Brasil, dez/2002 a dez/2014)



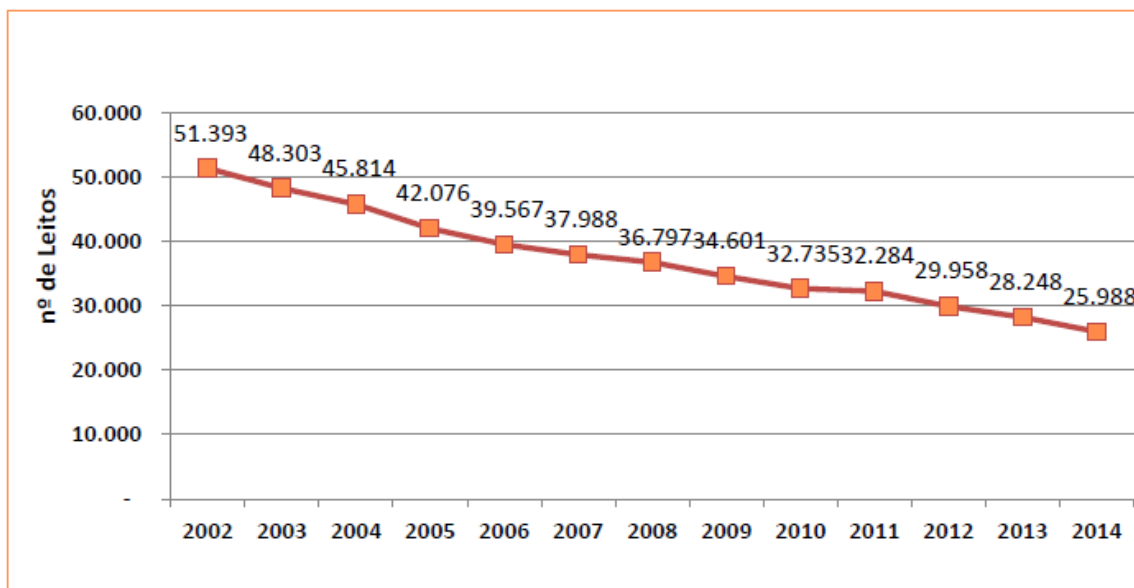
Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), DATASUS, e Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

O crescimento mais acelerado a partir de 2011, se deu pelo reajuste regulamentado pela Portaria GM/MS Nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011, repassado aos blocos de financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar estaduais e municipais por meio da Portaria GM/MS Nº 3.099, de 26 de dezembro de 2011, o que possibilitou um importante salto no financiamento dos serviços.

Tais demonstrativos permitem inferir um avanço significativo da Reforma Psiquiátrica no que tange oferta de tratamentos alternativos a internação.

Com relação ao número de leitos, o relatório apresenta os dados referente a redução gradual de leitos disponíveis pelo SUS em Hospitais Psiquiátricos pelo país.

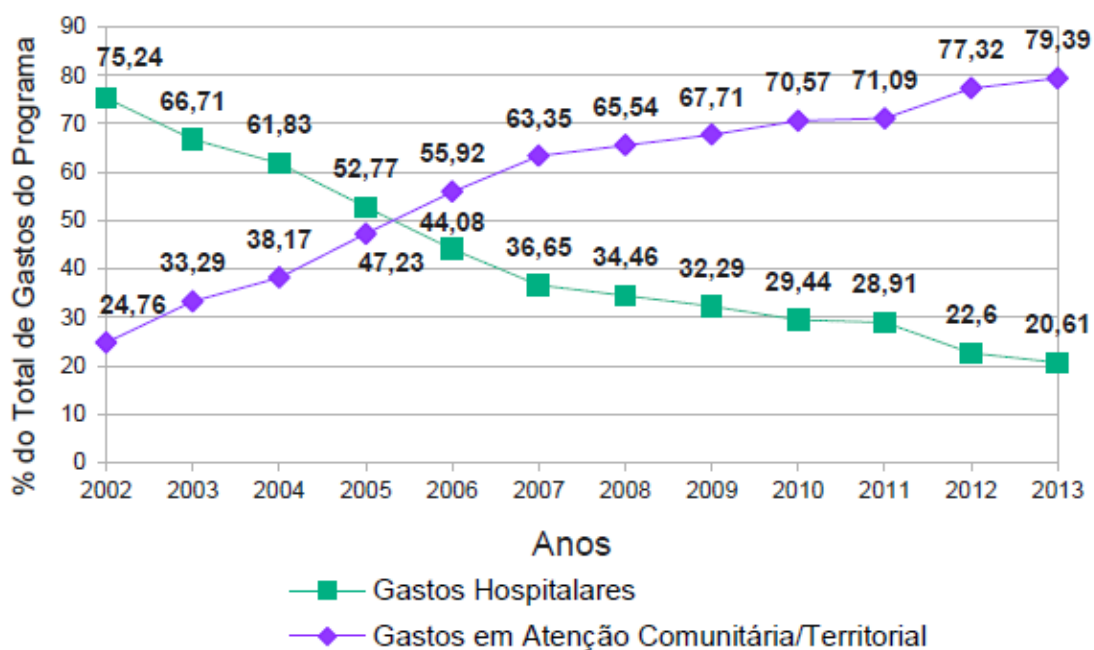
Gráfico 3 – Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos por ano (Brasil, dez/2002 a dez/2014)



Fontes: Em 2002 e 2003: SIH/SUS, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais; de 2004 a 2012: PRH/CNES e Coordenações Estaduais; a partir de 2013: PNASH, CNES e Coordenações Estaduais.

Por outro lado, a porcentagem de recursos investidos em saúde mental com serviços de atenção comunitária/territorial superou aquela relativa aos recursos para serviços hospitalares entre os anos de 2002 e 2013, evidenciando a inversão de destinação dos recursos.

Gráfico 4 – Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial (Brasil, dez/2002 a dez/2013*)



Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), DATASUS/MS e Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

Esses dados, evidenciam o sucesso da reforma no que diz respeito ao atendimento das diretrizes propostas pelo movimento antimanicomial e institucionalizados pela política nacional de saúde mental.

Assim, como afirma Almeida (2015, p.45) a Reforma Psiquiatra:

“configurou-se em um movimento multifacetário em virtude das experiências institucionais inovadoras ganhando legitimidade como política pública, conduzida pelo Ministério da Saúde, implementada pelos governos subnacionais, e, como movimento social, congregando diferentes atores, usuários, profissionais, familiares simpatizantes”.

3.3 Reforma Psiquiatra em Minas Gerais e em Belo Horizonte

Após o III Congresso Mineiro de Psiquiatria em 1979, Minas Gerais ganhou visibilidade no cenário nacional, principalmente devido a suas produções como as reportagens nos “*Porões da Loucura*”, de Hiram Firmino, e o filme “*Em nome da razão*”, de Helvécio Ratton, que chocaram a opinião pública por divulgar as condições desumanas dos hospitais psiquiátricos, fortalecendo a organização dos trabalhadores mineiros de Saúde Mental (MINAS GERAIS,2006).

Segundo relatório disponibilizado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais em 2006, Minas mantinha um grande número de hospitais psiquiátricos, concentrados principalmente nos municípios de Belo Horizonte, Barbacena e Juiz de Fora, onde estes eram os únicos recursos assistencialistas disponíveis. O Movimento Antimanicomial elevou o número de debates sobre a realidade desses ambientes, buscando conscientizar a sociedade de que era preciso humaniza-los e, ao mesmo tempo, criar novas modalidades de atendimento que gradativamente os substituíssem.

Durante os anos 80, nos hospitais psiquiátricos do Estado, deu-se início a um processo de humanização da assistência, paralelamente, incentivados pela Reforma Sanitária, promovendo-se a locação de equipes de Saúde Mental nos centros de Saúde, por meio da implantação do Programa de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde (MINAS GERAIS,2006).

Nos anos 90 a Coordenação Estadual de Saúde Mental conduziu uma auditoria técnica em todos os hospitais mineiros, sendo um total de 36 hospitais psiquiátricos com 8.087 leitos. Essa auditoria revelou a precariedade das condições de funcionamento, tanto em relação às estruturas físicas quanto à assistência prestada (MINAS GERAIS,2006).

A Associação Mineira de Psiquiatria, durante esse período, tinha em sua gestão setores progressistas da área, simpatizantes das novas ideias e propostas elaboradas pelos trabalhadores de Saúde mental durante encontros estaduais, o que favoreceu a transformação da situação da Saúde Mental no Estado. Tal cenário foi favorável para a aprovação da Lei 11.802, de 18 de janeiro de 1995, que ficou conhecida como a lei mineira de Reforma Psiquiátrica, resultado da intensa mobilização dos segmentos envolvidos. Simultaneamente aos psiquiatras e profissionais da saúde, usuários e familiares passaram a participar ativamente da luta antimanicomial constituindo suas próprias associações e atuando no Fórum Mineiro de Saúde Mental (MINAS GERAIS,2006).

Seguido desses movimentos, iniciou-se a implantação de um modelo assistencial em saúde mental confrontando os hospitais psiquiátricos em vários municípios que prestam atendimento integral aos portadores de sofrimento mental com quadros graves e persistentes. Desde então, várias outras cidades começaram a implantar serviços e ações substitutivas aos hospitais (MINAS GERAIS,2006).

No ano de 2001, ano em que foi aprovada a Lei 10.216 ocorreu a III Conferência Estadual de Saúde Mental em Minas Gerais que, elaborou diretrizes coerentes e claras para a consolidação da política e teve especial importância para impulsionar a Política Nacional de Saúde Mental, sobretudo com o respaldo da Lei federal.

Anteriormente, não havia alternativa à internação, a não ser alguns ambulatórios especializados em psiquiatria, porém sem agilidade e eficácia em sua ação. Atualmente, respeitando as diretrizes e as propostas das III Conferências Estadual e Nacional de Saúde Mental, a Secretaria de Estado de Saúde vem construindo, juntamente com os municípios, a rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos. Belo Horizonte, a capital mineira, tem se destacado nacionalmente demonstrando, como grande centro urbano, poder instituir uma mudança na relação com os portadores de sofrimento mental, oferecendo-lhes tratamento digno e lugar na cidade (MINAS GERAIS,2006).

Em Belo Horizonte, os serviços substitutivos foram criados na década de 90 e foram nomeados como Centros de Referência à Saúde Mental (CERSAM), tendo como função o atendimento de urgências e crises, privilegiando os casos mais graves que anteriormente eram atendidos apenas pelo hospital psiquiátrico assim como os CAPS. Os CERSAM atuaram de maneira regionalizada, com áreas de abrangência delimitadas, e

hierarquizada, de forma articulada conjuntamente com a rede de serviços de saúde, incluindo centros de saúde, centros de convivência, hospitais gerais, hospitais psiquiátricos e demais serviços (OLIVEIRA; CAIAFFA; CHERCHIGLIA, 2008).

A estrutura do CERSAM foi criada para oferecer um serviço de curta permanência para os pacientes até o restabelecimento do período de crise, sendo estes em seguida encaminhados para outros dispositivos, como por exemplo os centros de saúde, por meio de um processo que deve ser efetuado de forma segura e sem comprometimento na continuidade do tratamento.

Atualmente, a rede de atenção à saúde mental em Belo Horizonte conta com:

- 11 CERSAMs espalhadas pela capital, onde o tratamento busca a estabilização do quadro clínico, a reconstrução da vida pessoal, o suporte necessário aos familiares, o convívio e a reinserção social, sendo ofertados atendimentos próprios a cada caso, com a presença constante de equipe multiprofissional, oficinas e atividades de cultura e lazer;

- 9 Centros de Convivência que oferecem oficinas de música, teatro, pintura, marcenaria, costura e várias outras, assim como passeios, idas ao cinema e festas;

- equipes de Saúde Mental em Centros de Saúde responsáveis por acompanhar os casos que podem ser tratados em ambulatório;

- moradias protegidas que são casas localizadas em diversos bairros da cidade, onde moram portadores de sofrimento mental que permaneceram abandonados em hospitais psiquiátricos e que romperam seus laços sociofamiliares além das moradias, os que puderem voltar para suas próprias casas e famílias recebem uma bolsa mensal (PBH, 2017).

Trata-se, assim, de uma experiência local de construção de uma rede estruturada para atendimento em saúde mental com diferentes níveis de atenção, sendo alguns dispositivos criados por iniciativa local enquanto outros decorreram da adesão a iniciativas federais. No próximo capítulo buscaremos identificar o papel dos mecanismos de incentivos usados para indução da política antimanicomial na construção da rede de atenção no município de Belo Horizonte, esclarecendo quais foram e até que ponto podem ter influenciado tal estruturação.

4 A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL EM BELO HORIZONTE

Neste capítulo descrevemos a implementação da Política Nacional de Saúde Mental em Belo Horizonte considerando os mecanismos de incentivos instituídos para indução desta política pública. Na primeira parte do capítulo sistematizamos os principais instrumentos de indução da política e na segunda descrevemos o processo de implementação em Belo Horizonte, buscando distinguir especificidades locais e efeitos dos mecanismos de incentivos.

4.1. Incentivos da Política Nacional de Saúde Mental

A necessidade de construir mecanismos de incentivos para indução de uma política nacional ficou patente no caso do SUS. O processo de descentralização da gestão, desencadeado a partir dos anos 1990, passou a conferir aos estados e municípios a autonomia de escolha por aderir ou não à implantação dos serviços. Com esse cenário o processo de municipalização de políticas públicas ganhou força contribuindo para que os municípios passassem a se tornar os principais responsáveis pelo provimento de condições mínimas de bem-estar para sua população. Devido a autonomia municipal garantida pela Constituição, esse processo aconteceu com ritmos e prioridades diferente nos municípios do país (FRANZESE 2010).

Arretche (2000) avalia que a extensão da descentralização está diretamente vinculada às ações coordenadas entre níveis de governo, a partir da União. Abrúcio (2005) destaca ainda que a relação de dependência da transferência entre níveis de governo é importante para a adesão de governos subnacionais que passam a exercer as novas atividades. A assunção da gestão de políticas públicas por estados e municípios, sob o preceito da adesão, supõe que estejam motivados pelos incentivos construídos para esse fim pelo desenho dos programas federais, sendo esses incentivos elemento decisivo na implementação de políticas (ALMEIDA, 2015).

Em decorrência da criação do SUS novas diretrizes e ações foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde para efetivar a reforma psiquiátrica, podendo citar a mudança do financiamento da área de saúde mental; a constituição de um conselho permanentemente composto por coordenadores e assessores estaduais em saúde mental para gerir articuladamente o processo de mudança; a pactuação junto à sociedade para o desenvolvimento do processo de mudança, convocando a Conferência Nacional de

Saúde Mental; e o assessoramento do parlamento com o objetivo de alterar a legislação psiquiátrica (FERREIRA,2006).

Mesmo com a criação dessas diretrizes e ações a Reforma Psiquiátrica enfrentou inúmeras dificuldades de implementação tanto de natureza política quanto de natureza econômica (ALMEIDA, 2015). Pode-se considerar as duas ordens de dificuldades, política e econômica, focando de um lado as conquistas legislativas e, de outro, as alterações nos repasses orçamentários federais aos estados e municípios.

No âmbito legislativo, o primeiro mecanismo que se pode assinalar é o Projeto de Lei nº 3.657/1989, que propôs a extinção progressiva dos manicômios, substituindo-os por outros recursos assistenciais e regulamentando a internação compulsória. Em 1990 as leis federais 8.080 e 8.142/1990 regulamentaram e institucionalizaram o Sistema Único de Saúde, estabelecido na Constituição Federal de 1988, cuja nova configuração do atendimento à saúde possibilitou, em seguida, duas portarias que impulsionam a alteração na prestação de serviços de saúde mental. A Portaria 189/91 organizou os serviços de saúde mental a partir dos princípios de descentralização, universalização, hierarquização, regionalização e integralidade das ações, e a Portaria 224/92 atribuiu funções para o Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS e para o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

Em abril de 2001, após inúmeras disputas políticas, foi aprovada a Lei nº 10.216, que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. A Lei Nº 10.708, de 31 de julho de 2003, intitulada “De Volta para Casa”, instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações viabilizando o processo de inserção social de cidadãos em sofrimento através de uma rede de recursos assistenciais e de cuidados.

A Portaria nº 1.190, 4 de junho de 2009, instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e definiu suas diretrizes gerais, ações e metas. O Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. E em dezembro de 2011 a Portaria nº 3.088 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os incentivos financeiros foram instituídos por meio de algumas portarias federais. Podemos citar a Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005, que destinou incentivos financeiros para a implantação de CAPS; a Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011, dispôs sobre o financiamento dos CAPS no que tange o custeio, e a Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, redefiniu o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h e os incentivos financeiros. Ainda em 2012 a Portaria nº 132 instituiu incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

No mesmo ano a Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012, definiu as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas do Componente Hospitalar da RAPS e instituiu incentivos financeiros de investimento e custeio.

Já a Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013, dispôs sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tais incentivos resultaram na alteração da oferta de serviços, como já apresentado nesse trabalho, podem ser observados a partir da tabela abaixo a evolução do indicador de cobertura de CAPS/100 mil habitantes para cada unidade da federação a partir de 2002. Este indicador foi criado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística com o objetivo de refletir a evolução da implantação da rede substitutiva de base comunitária ao longo do tempo e ser instrumento aos gestores para a avaliação e definição de prioridades na implantação da rede de atenção psicossocial.

Tabela 1 – Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes por ano e UF (Brasil, dez/2002 a dez/2014)

Região/UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	0,12	0,16	0,19	0,21	0,25	0,29	0,31	0,36	0,41	0,45	0,55	0,59	0,61
Acre		0,17	0,16	0,30	0,29	0,31	0,29	0,29	0,27	0,27	0,27	0,45	0,44
Amapá	0,19	0,19	0,36	0,34	0,32	0,34	0,33	0,48	0,45	0,45	0,45	0,41	0,47
Amazonas				0,03	0,11	0,11	0,10	0,12	0,23	0,26	0,34	0,39	0,39
Pará	0,16	0,21	0,24	0,24	0,27	0,32	0,33	0,39	0,43	0,50	0,62	0,62	0,66
Tocantins	0,25	0,28	0,28	0,27	0,26	0,28	0,35	0,50	0,47	0,47	0,61	0,71	0,73
Rondônia	0,14	0,17	0,20	0,36	0,42	0,55	0,67	0,66	0,70	0,74	0,83	0,78	0,77
Roraima		0,28	0,27	0,26	0,25	0,25	0,24	0,24	0,33	0,33	0,78	0,92	1,21
Nordeste	0,12	0,18	0,23	0,30	0,50	0,58	0,66	0,72	0,81	0,87	0,94	0,96	1,00
Alagoas	0,17	0,21	0,20	0,31	0,69	0,77	0,82	0,81	0,88	0,90	0,98	1,00	0,99
Bahia	0,08	0,19	0,23	0,25	0,45	0,52	0,60	0,71	0,82	0,87	0,92	0,91	0,95
Ceará	0,25	0,27	0,30	0,35	0,57	0,69	0,79	0,85	0,93	0,95	0,99	1,01	1,10
Maranhão	0,04	0,05	0,07	0,23	0,43	0,48	0,59	0,63	0,63	0,65	0,70	0,71	0,74
Paraíba	0,06	0,13	0,27	0,36	0,73	0,87	0,99	1,11	1,22	1,27	1,46	1,52	1,57
Pernambuco	0,14	0,20	0,24	0,27	0,32	0,36	0,45	0,45	0,55	0,64	0,81	0,81	0,86
Piauí	0,03	0,03	0,08	0,22	0,49	0,56	0,58	0,65	0,82	0,91	0,99	1,05	1,13
Rio Grande do Norte	0,19	0,23	0,27	0,37	0,56	0,63	0,69	0,70	0,84	0,92	0,98	0,92	0,92
Sergipe	0,11	0,32	0,55	0,66	0,75	0,88	0,90	1,02	1,11	1,16	1,23	1,25	1,28
Centro-oeste	0,14	0,19	0,23	0,30	0,35	0,37	0,43	0,46	0,49	0,53	0,60	0,62	0,66
Distrito Federal	0,07	0,07	0,07	0,11	0,10	0,10	0,22	0,21	0,21	0,25	0,29	0,45	0,46
Goiás	0,10	0,18	0,21	0,24	0,28	0,29	0,38	0,37	0,42	0,50	0,62	0,60	0,69
Mato Grosso	0,25	0,32	0,41	0,55	0,61	0,65	0,68	0,70	0,69	0,69	0,77	0,75	0,76
Mato Grosso do Sul	0,16	0,16	0,20	0,35	0,44	0,49	0,51	0,64	0,69	0,69	0,71	0,70	0,69
Sudeste	0,26	0,28	0,32	0,34	0,39	0,44	0,47	0,52	0,58	0,63	0,72	0,74	0,79
Espírito Santo	0,17	0,18	0,23	0,28	0,36	0,37	0,39	0,44	0,44	0,44	0,46	0,46	0,46
Minas Gerais	0,26	0,30	0,35	0,38	0,43	0,48	0,51	0,57	0,65	0,69	0,83	0,84	0,95
Rio de Janeiro	0,28	0,29	0,33	0,34	0,39	0,45	0,50	0,50	0,55	0,59	0,68	0,68	0,73
São Paulo	0,26	0,27	0,30	0,33	0,38	0,41	0,45	0,51	0,56	0,64	0,72	0,74	0,77
Sul	0,29	0,32	0,38	0,45	0,58	0,69	0,73	0,79	0,87	0,91	0,98	0,98	1,07
Paraná	0,15	0,16	0,21	0,28	0,45	0,60	0,65	0,67	0,72	0,76	0,81	0,80	0,89
Rio Grande do Sul	0,39	0,44	0,52	0,56	0,68	0,77	0,80	0,90	1,01	1,07	1,16	1,19	1,32
Santa Catarina	0,35	0,35	0,43	0,53	0,60	0,68	0,73	0,79	0,87	0,90	0,98	0,93	0,97
Brasil	0,21	0,24	0,29	0,33	0,43	0,50	0,55	0,60	0,66	0,72	0,80	0,81	0,86

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Visto que a atenção em saúde mental é composta por diversos dispositivos e ações, a coordenação adverte que este indicador, quando utilizado isoladamente, não reflete integralmente a expansão da Rede de Atenção Psicossocial e, portanto, a cobertura assistencial.

A tabela demonstra que a taxa de crescimento de CAPS tem reflexos em todas as regiões do território brasileiro. Considerando valores abaixo de 0,20 como uma cobertura insuficiente/crítica e acima de 0,70 uma cobertura muito boa, percebemos que no geral o Brasil apresenta um avanço considerável, com a cobertura de 0,86 CAPS/100 mil habitantes em 2014. Destaque para Minas Gerais que apresenta cobertura maior que a média nacional com 0,95 CAPS/100 mil habitantes em 2014.

4.2. Implementação em Belo Horizonte

Um primeiro elemento a ser destacado no caso da implementação da Política Nacional de Saúde Mental no Município de Belo Horizonte é o fato de que em Minas Gerais as mudanças legislativas começaram bem cedo, já em meados dos anos 90, fixando parâmetros e mandamentos para as ações governamentais nesta área de atuação.

Segundo a Coordenação Estadual de Saúde Mental, um marco dos avanços assim obtidos em Minas Gerais consistiu na aprovação das leis estaduais nº 11.802, de 1995 e 12.684, de 1997, que preconizam a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços e de cuidados pautados pelo respeito à dignidade e à liberdade dos portadores de sofrimento mental. A aprovação posterior da lei nacional nº 10.216, em 2001, veio fortalecer e referendar a legislação estadual (MINAS GERAIS, 2006).

A aprovação de ambas as leis estaduais demonstra que as iniciativas estaduais na implementação da Reforma Psiquiátrica no estado foram anteriores aos avanços legislativos nacionais nesta área, sendo diretamente refletido em sua capital Belo Horizonte. A lei nº 11.802/1995, que dispôs sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental, determinou a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes e regulamenta as internações, especialmente a involuntária. Já a Lei nº 12.684/1997 alterou a anterior, acrescentando a proibição de instalação e a ampliação de unidade de tratamento psiquiátrico, pública ou privada, que não se enquadrasse na tipificação nos meios substitutivos, além de vedar novas contratações pelo setor público de leitos psiquiátricos em unidades que não se enquadrem nos meios propostos de tratamento.

Durante a trajetória da Reforma em Belo Horizonte, Ercília Gama de Oliveira (2008) afirma que o mapa da assistência à Saúde Mental ganhou nova configuração, onde a estratégia para a desinstitucionalização do atendimento manicomial levou a uma nova forma de lidar com portadores de sofrimento mental grave e persistente por meio de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Nesta época, além da preocupação que havia com a qualidade da assistência nos hospitais psiquiátricos públicos, as políticas municipais e estaduais de Saúde Mental preconizavam a ampliação do atendimento na Rede Básica com o intuito de evitar a expansão da Rede Privada, que detinha a maior parte dos leitos psiquiátricos, custeados

pelos cofres públicos (OLIVEIRA, 2008). Entretanto, as avaliações que se fizeram dessa primeira tentativa de enfrentar os problemas decorrentes da hospitalização psiquiátrica, após alguns anos de sua implementação, mostraram que a ampliação da Rede ambulatorial para o atendimento em Saúde Mental não causou qualquer impacto sobre o número de internações.

Em uma pesquisa realizada nos meses de julho/92 a janeiro/93 sobre os pacientes do Distrito Sanitário Nordeste que chegavam nas urgências dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, verificou-se que 63% dos que chegavam ao Instituto Raul Soares e 73,2% daqueles que chegavam ao Hospital Galba Veloso não estavam em tratamento ambulatorial. Os dados mostraram também que, dentre os encaminhamentos feitos pela equipe desses hospitais, após a conduta tomada no ambulatório de urgência ou a internação, o mais comum era o encaminhamento para o ambulatório do próprio hospital. Apenas 4,7% no IRS e 7% no HGV eram encaminhados aos Centros de Saúde do Distrito, o que demonstrava a falta de integração desses serviços (OLIVEIRA, 2008)

Assim Oliveira (2008), afirma que as equipes dos Centros de Saúde não assumiam de maneira significativa o atendimento à clientela psiquiátrica, que apresentava risco de entrar no circuito da hospitalização e, ao mesmo tempo, criavam uma nova clientela que se estendia desde as crianças com problemas escolares e mulheres infelizes pelas precárias condições de vida, aos pacientes com graves problemas sociais, entre outros. Uma forte associação entre enfermidade, médico e hospital era reforçada pela precariedade da oferta de serviços isolados da Rede Básica e pela falta de um planejamento de ações específicas para os egressos, tornando a referência hospitalar mais segura para o paciente.

Em perspectiva histórica, Amarante (1995) argumenta que os anos 80 marcaram um período em que houve a concretização de importantes eventos e práticas em prol da instrumentalização e luta pela Reforma Psiquiátrica no município de Belo Horizonte, no contexto de um cenário que se configurou a partir do movimento por uma sociedade sem manicômios, lançado nacionalmente em 1987 por trabalhadores, familiares e usuários de serviços de saúde mental.

O lema “Por uma sociedade sem manicômios” tornou evidente tanto a questão da violência e da exclusão social das instituições psiquiátricas, quanto a necessidade de inaugurar um novo paradigma para a Saúde Mental, com o fechamento de todos os leitos

em hospitais psiquiátricos e sua conseqüente substituição por serviços abertos, juntamente com a inserção social do indivíduo portador de sofrimento mental e, por fim, a construção de uma política descentralizada com ações intersetoriais e com a participação de atores sensibilizados pela luta antimanicomial (MOREIRA, 2013).

Thabata Moreira (2013), aponta que houve alguns momentos que possibilitaram o fortalecimento desse ideal reformista. As eleições promulgadas no ano de 1987 em Belo Horizonte, na Associação Mineira de Psiquiatria (AMP), onde a chapa vencedora se identificava com os valores defendidos pelo movimento da Reforma foi um deles.

Outro momento que a autora aponta, é a participação dos trabalhadores de saúde mental e usuários no “Encontro de Santos” que ocorreu no ano de 1989 na cidade de Santos, no interior de São Paulo. Lá os trabalhadores de saúde mental do Instituto Raul Soares e Hospital Galba Veloso tiveram um primeiro contato com o conjunto de ações e serviços de saúde mental inscritos na rede pública da cidade santista, que apresentavam propostas assistenciais que buscavam legitimar a cidadania do louco. Além do contato com essa perspectiva os trabalhadores conheceram os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) – territorializados e capacitados para acolher os pacientes em crise – as oficinas, as cooperativas e os Centros de Convivência, espaços que se propõem a viabilizar a inserção social das pessoas em sofrimento mental (SILVA, 2009).

Impactados pela experiência de Santos, os trabalhadores retornaram a Belo Horizonte com a proposta de desenvolver um conjunto de ações do interesse do movimento antimanicomial, como por exemplo o desejo de construir núcleos territorializados, que permitiriam a redução de internações psiquiátricas, desenvolver oficinas e instalar centros de convivência para a inserção do portador de saúde mental (MOREIRA, 2013).

Considerando o papel do controle público no avanço da Política de Saúde Mental e no processo de desinstitucionalização das instituições psiquiátricas, a Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica do Município de Belo Horizonte – instância representativa de caráter consultivo – buscou, segundo Moreira, (2013) em um primeiro momento, fomentar ações em favor da substituição da assistência psiquiátrica exclusivamente hospitalar por uma rede mais ampla, diversificada e intersetorial de recursos assistenciais e cuidados e facilitadora do convívio social. Em um segundo momento, as atribuições da comissão perpassaram a transmissão de informações sobre a

reforma psiquiátrica para os usuários, fiscalização do cumprimento da Lei da Reforma Psiquiátrica, proposições de diretrizes para as ações de implantação da Reforma Psiquiátrica, no âmbito do município e, por fim, avaliação das políticas públicas em relação à implantação da Reforma Psiquiátrica.

Belo Horizonte no final do ano de 1992 passou por uma mudança de na direção do Poder Executivo onde a gestão denominada “Frente BH Popular” assumiu o governo. Tal gestão estava articulada com a agenda da luta antimanicomial e tinha com eixo norteador a premissa de inovar a lógica psiquiátrica ofertando recursos assistenciais que se diferenciasse do modelo manicomial hegemônico. Para tanto, viabilizou-se a elaboração do projeto “Uma Proposta de Programa para a Saúde Mental/SMSA/BH”, encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde e ao prefeito, na época, Patrus Ananias (SILVA, 2009).

O programa para a Saúde Mental/SMSA/BH teve por objetivo a reorganização da rede de saúde mental, com serviços substitutivos públicos, abertos e regionalizados. Para tanto, criou-se os Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM, com finalidade de acolher o paciente em momento de crise, sendo articulados a outros dispositivos como as equipes de Saúde Mental na atenção básica, para o acompanhamento e a sustentação de projetos terapêuticos singulares e territorializados. Além disso, foram previstos os centros de convivência, para o resgate dos laços sociais; os serviços residenciais terapêuticos, para a reabilitação civil de egressos de internações de longa permanência; e as equipes complementares para dar suporte ao atendimento da criança e do adolescente nos Centros de Referência em Saúde Mental de Minas Gerais para clientela infanto-juvenil CERSAMi, e aos usuários de álcool droga no CERSAMad (OLIVEIRA, 2008).

Belo Horizonte no período de implementação do projeto, era conhecida como “parque manicomial” devido ao seu número de leitos, eram cerca de 2.100 leitos, sendo que grande parte era de longa permanência (SOUSA, 2008). Tais leitos eram distribuídos em sete hospitais psiquiátricos, dentre eles seis estavam vinculados ao SUS, três públicos (Instituto Raul Soares, Hospital Galba Veloso e Centro Psicopedagógico) e três privados (Clínica Pinel, Clínica Nossa Senhora de Lourdes e Instituto Psicominas). Posteriormente, a clínica particular Serra Verde, conveniada ao SUS e localizada no município de Vespasiano, teve seu gerenciamento assumido por Belo Horizonte. (SILVA, 2009; ANAYA, 2004).

Com esse cenário no ano de 1993 foram definidos novos objetivos, estratégias e dispositivos que dariam sustentação à reforma das diretrizes vigentes e à concessão do direito de cidadania aos portadores de sofrimento mental. No mesmo ano, foi inaugurado o primeiro CERSAM de Belo Horizonte, no distrito sanitário Barreiro, região que apresentava elevado número de internação hospitalar, atendendo situações de urgências e crises psiquiátricas (SILVA, 2009; ANAYA, 2004). Dessa forma, houve uma alteração na maneira de lidar com os usuários, os centros de saúde ocupariam o lugar de retaguarda na assistência em saúde mental e os CERSAMs ofertariam respostas aos casos graves e às crises, na intenção de materializar o paradigma antimanicomial e tornar-se referência para os pacientes no momento das situações de crise (SILVA, 2009). Orientadas pela premissa de atender urgências, acolher pacientes em crise e romper com a exclusão social, as ações do CERSAMs pretendiam:

substituir o modelo hospitalocêntrico por um rede de serviços diversificada, qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital-geral, emergência psiquiátrica em pronto socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, CAPS, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integralidade do cidadão. (BRASIL apud BOTTI, 2004, p.48).

Apoiando-se em princípios e diretrizes que assegurassem a universalidade dos serviços ofertados, a equidade, atenção integral generalizada, abrangência, acolhimento, humanização, responsabilização, trabalho em equipe e a intersetorialidade, o projeto de saúde mental do município representou a formulação da Política Municipal de Saúde Mental, assim como a consolidação dos princípios defendidos pela Reforma Psiquiátrica (SILVA, 2009; TURCI, 2008).

A formação da política de saúde mental no município teve início em 1993, entretanto, a institucionalização da política nacional de saúde mental, em 2001, provocou uma inovação organizacional no que se refere a confluência entre a política municipal de saúde mental e o Programa Saúde da Família (PSF). Norteadas pela noção de território, as estratégias de atuação prezaram o reconhecimento dos aspectos psicossociais do adoecimento, do cuidado, e da inserção sócio territorial das pessoas em sofrimento mental (PAULA, 2009).

Para a efetivação dessa mudança organizacional traçou-se uma nova diretriz, o matriciamento, dispositivo organizativo da assistência à saúde, que objetiva assegurar a retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção à saúde

generalista e mental. Dessa forma, o apoio matricial é uma metodologia que pretende compartilhar conhecimentos visando ampliar as intercessões de distintos setores na perspectiva de qualificação de cuidado (informação verbal) (MOREIRA, 2013).

A partir da diretriz matricial instituiu-se, no ano de 2002, o Programa BH Vida, programa de saúde da família de Belo Horizonte. Sua implementação elegeu a saúde da família como eixo norteador da atenção básica buscando reorientar o modo assistencial, operacionalizado mediante a implementação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, tendo vínculo formal com uma parcela da população adscrita (MOREIRA, 2013). Para tanto, iniciou-se a formulação de novos princípios e diretrizes, saber:

As Equipes de Saúde Mental (ESM) nos Centros de Saúde, orientadas pelos princípios da política de saúde mental do município, atuariam em conjunto com os demais dispositivos da rede de saúde mental, priorizando o atendimento aos portadores de sofrimento mental grave e persistente; b) O acolhimento dos portadores de sofrimento mental seria responsabilidade do Centro de Saúde, devendo os mesmos serem acolhidos pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) que contariam com o apoio matricial das ESM de referência; c) A proporcionalidade ESM/ESF obedeceria a critérios epidemiológicos, demográficos, de acesso etc, e não pelo número de ESF; d) Os CERSAMs também participariam do trabalho de referenciamento às ESF a partir do estabelecimento de micro-regiões ou micro-áreas. Assim, as equipes dos CERSAMs, divididas em mini-equipes, seriam responsáveis pelo referenciamento das micro-áreas dos distritos sanitários; e) O deslocamento das ESM até as ESF referenciadas seria priorizado para efetivar a atuação conjunta (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE/COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, apud SILVA, 2009, p.85).

Passado o processo de reconfiguração dos dois projetos, os objetivos da política de saúde mental foram redefinidos, almejando assim a construção de rede integrada de serviços, a formulação e implementação de programas e ações capazes de responder às demandas de saúde mental dos diversos territórios, fomento de práticas que contribuísse com o processo de desinstitucionalização. Em relação ao último objetivo mencionado, pressupõe-se que nos serviços substitutivos as crises devem ser objeto de acesso imediato e acolhimento, na medida em que é pela via da crise que se sustenta o sistema manicomial/hospitalocêntrico (SILVA, 2009).

A integração da política de saúde mental do município com a estratégia da atenção básica do PSF veio fortalecer a estratégia iniciada em Belo Horizonte em 1993, de ampliar a oferta de equipamentos e serviços substitutivos. Nesse sentido, em 2002, a Prefeitura de Belo Horizonte inaugurou outros três CERSAMs, nos distritos sanitários Nordeste, Venda Nova e Oeste, totalizando sete CERSAMs no município. Outra conquista da

Prefeitura foi a oferta de serviços dos CERSAMs Leste e Pampulha no período de 24 horas por dia, todos os dias, com hospitalidade noturna aos pacientes que necessitassem de acompanhamento no período da noite (Silva: 2009, 84).

Posteriormente, o município apostou fortemente na expansão territorializada dos CAPS: eles chegaram a 8 em 2008; passando a 11 em 2013; 12 em 2014 e 13 em 2016, segundo dados disponibilizado pelo Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) do Ministério da Saúde. Vale notar que esta expansão contemplou a diversificação destes dispositivos, contemplando serviços para atendimento infantil e para atendimento a usuários de álcool e drogas.

Neste ponto, o município de Belo Horizonte parece se valer dos incentivos do Ministério da Saúde, porém potencializando um projeto local de expansão da rede municipal de atenção em saúde mental, que antecedeu a própria estruturação dos mecanismos de transferência intergovernamental como procuramos demonstrar neste trabalho.

4.2.1. O caso de Belo Horizonte na visão das gestoras

Em entrevista realizada no dia 03 de abril de 2018, Miriam Nadim Abou-Yd, uma das referências na luta antimanicomial em Belo Horizonte e ex-coordenadora municipal desta área na Prefeitura de Belo Horizonte por mais de uma gestão, afirmou que somente foi possível o avanço da luta e reforma psiquiatria antimanicomial devido à consolidação do movimento social organizado. Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais em 1981 com ênfase em Psiquiatria e em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais em 1978, esta profissional esteve presente desde o início do movimento em Belo Horizonte sempre em contato direto com os maiores interessados da reforma, os próprios usuários. Segundo ela, durante o início das articulações os envolvidos entendiam que somente seria possível uma alteração nas estruturas se houvesse um movimento social consolidado, não bastando alterar algumas práticas nos hospitais e sendo necessárias ações mais profundas que independessem de gestão governamental. Era necessário um coletivo de interesses comuns que visasse as transformações, onde o lema seria “Uma sociedade sem manicômios”.

Na visão da entrevistada, as alterações ocorridas nos últimos anos só foram possíveis devido ao leque de ações que ocorreram simultaneamente, entre os quais a criação do Movimento Antimanicomial, juntamente com a definição de sua data de comemoração,

18 de maio, como estratégia para alterar o olhar que a sociedade tem sobre o sofrimento mental e desconstruindo a imagem de incapaz, perigoso e improdutivo. Outra iniciativa foi a alteração da legislação, apresentando um Projeto de Lei que somente foi aprovado, com alterações, em abril de 2001, resultando na Lei nº 10.216, que instituiu os meios substitutivos aos leitos psiquiátricos e auxiliou na criação de uma rede de assistência. Miriam defendeu que essas ações isoladas não obteriam resultado, mas simultaneamente foram capazes de produzir uma alteração real que poderia ser introduzida na sociedade. Reconheceu ainda a importância de uma lei que respalda a reforma e o apoio governamental, porém enfatizou que nada é mais importante que um movimento social, pois ele sempre esteve lutando e reivindicando suas ideias e continua fazendo isso até os dias de hoje sem recuar.

Destaca-se, em Belo Horizonte, a manifestação anual no dia nacional de luta antimanicomial, o dia 18 de maio, que reúne milhares pessoas no desfile da Escola de Samba Liberdade ainda que Tan Tan. Aqui, evidencia-se a articulação ativista com o Fórum Mineiro de Saúde Mental, principal promotor do evento, numa parceria de muitos anos com a coordenação municipal de saúde mental, que sustenta desde 1994, um complexo processo participativo de construção temática e estética de desfile/manifestação a favor da Reforma Psiquiátrica brasileira. Esse ano de 2018 não foi diferente, na data de comemoração reuniram na Praça de Liberdade sob o grito “ATENTAS E FORTES: TANTAS SEM TEMER OS GOLPES”, usuários, familiares, profissionais e apoiadores do movimento que marcharam rumo a prefeitura do município onde leram o *Manifesto de 18 de maio de 2018*, que discorre sobre o descontentamento com a atual conjuntura política do país, com o Presidente Temer e os retrocessos presente na Saúde Mental, além de homenagearam Marielle Franco, a combativa vereadora negra assassinada a tiros no Rio de Janeiro. Abaixo um trecho do manifesto:

“Levando ao retrocesso das políticas públicas e do reconhecimento de direitos, o cenário atual é inóspito para o Sistema Único de Saúde e para uma de suas mais belas conquistas, a Reforma Psiquiátrica brasileira. No final do ano passado, o Coordenador de Saúde Mental, Quirino Cordeiro Jr, impôs, sem argumentos nem debates, uma portaria que destina recursos a hospitais psiquiátricos, ambulatórios especializados e comunidades terapêuticas, na direção oposta à política de saúde mental que deu origem às redes de cuidado em liberdade. Mais recentemente, a vultuosa quantia de 87 milhões foi assegurada para implantação de leitos em comunidades terapêuticas, que hoje encarnam plenamente o autoritarismo, a tutela e a exclusão dos manicômios.”
(MANIFESTO DE 18 DE MAIO DE 2018)

A manifestação acompanhada do enredo e do manifesto demonstram a continuidade da luta, a resistência as estruturas contrárias aos seus ideais e permanência no cenário de enfrentamento e defesa dos direitos dos sofredores mentais, demonstrando a força do movimento social ainda nos dias de hoje.

Outra entrevistada, no dia 06 de abril de 2018, foi a psicóloga Marta Elisabeth de Souza, concursada da Secretaria Municipal de Saúde de Betim e importante ativista da luta antimanicomial em Minas Gerais. Compartilhou, no geral, da mesma visão da Miriam Abou-yd. Ela defendeu que é função do Estado, seja no âmbito municipal, estadual ou federal, prover atendimento de saúde de qualidade a todos os indivíduos do país, pois é um direito adquirido por vários grupos organizados. Ela foi responsável por realizar diversas denúncias de práticas agressivas de maltrato e precariedade de atendimento aos usuários portadores de sofrimento mental no SUS, juntamente com outros profissionais e de membros de coletivos, reivindicando ações dos governantes ou Políticas Públicas que visassem o atendimento adequado dessas pessoas. Marta enfatizou que não tem dúvida que o avanço só tenha sido possível devido ao Movimento Social de Luta Antimanicomial. Poderia, sim, ter ocorrido uma reforma psiquiátrica, porém não seria baseada em valores democráticos e inclusivos defendidos pelo movimento. Para ela, a Lei fez com que as alterações nos serviços avançassem no sentido de alcançar o que idealizam a luta, porém trata-se de uma luta contínua e sempre haverá novas pautas que necessitarão de resistência, devido aos cenários conservadores da sociedade e da política.

5 Considerações Finais

O federalismo brasileiro cooperativo e descentralizado, possibilita certa independência dos estados e municípios, e por esse motivo Belo Horizonte pode dar os primeiros passos da reforma sem grandes empecilhos por parte da União. O trabalho aponta que os principais mecanismos federais utilizados para que a política de saúde mental fosse incorporada no município de Belo Horizonte, foram as alterações legislativas através de leis e portarias, principalmente a Lei 10.216/2001 que institucionalizou a Política Nacional de Saúde mental direcionando a reforma; e os repasses federais que incentivaram o avanço na rede de tratamentos substitutivos no município e diminuição progressiva dos leitos em hospitais. Assim pode-se afirmar que a Política Nacional de Saúde Mental foi, sim, uma grande fortalecedora do processo que se desenvolvia localmente.

Diante do exposto, fica evidente, que o município já articulava e priorizava a alteração no quadro de atendimento, porém com defasagem e problemas a serem solucionados, o que foi contornado após persistência dos atores envolvidos na luta pela Reforma e o cenário de apoio político. Assim é possível inferir que o avanço ocorreu, apoiando-se sobre os incentivos que resultaram da Política Nacional de Saúde Mental, porém sem que dependesse desta última para a iniciativa no município.

Outro fator muito importante na luta antimanicomial foi a presença constante e atuante dos movimentos sociais, onde estão presentes profissionais da área, portadores de sofrimento mental, familiares, amigos e simpatizantes. A matriz dessa luta foi o Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM), o primeiro núcleo do Movimento Antimanicomial a se formar em território mineiro, composto por um conjunto de associações civis ativistas na área e que veio se destacando desde o início dos anos 1990 na luta pela ampliação dos direitos dos portadores de transtorno mental e pela melhoria da política de saúde mental mineira, sobretudo em Belo Horizonte e sua região metropolitana. Também a Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais (ASUSSAM), uma associação de usuários dos serviços de saúde mental, fundada em 15 de Março de 1994 por usuários engajados no Movimento de Luta Antimanicomial, foi um pilar importante neste processo. Mesmo sendo, na época, formada por usuários de hospitais psiquiátricos, a defesa dos princípios da luta antimanicomial e da substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços abertos e públicos foram os eixos centrais da sua atuação, se opondo a todas as formas de discriminação e violação de direitos humanos.

Assim, fica claro que, devido à complexidade da temática, por envolver diversos atores, por ser multifacetário e por ter um apelo mundial que logo em seguida foi abraçado por profissionais e usuários da área acompanhado por um sentimento democrático, é incorreto inferir que somente a Política Nacional de Saúde Mental fosse suficiente para a implementação de uma alteração de estrutura tão profunda em Minas Gérias e em Belo Horizonte, por mais que houvesse inúmeros incentivos. É evidente que a soma de diversos fatores e frentes resultaram na consolidação da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, que ainda há muito o que avançar e inúmeros novos desafios futuros.

Portanto, os mecanismos de indução próprios do federalismo brasileiro, utilizados na disseminação de políticas públicas – principalmente de políticas sociais – tiveram um peso, mas não foram decisivos para o desenvolvimento desta política pública, uma vez que a articulação dos atores que a sustentaram e o processo já havia sido definido no nível local. Isto nos coloca diante da necessidade de qualificar melhor os efeitos destes mecanismos, pois neste caso não se tratou propriamente de indução, mas bem mais de um reforço de iniciativas locais, já em andamento.

Ao final, as exposições realizadas nesse trabalho e as informações aqui apresentadas, estimulam a realização de pesquisas futuras que envolvam dados mais atualizados que sejam capazes de demonstrar aspectos relevantes dessa relação estabelecida entre o movimento social, as interações entre os entes autônomos, o financiamento e a disponibilidade de recursos para políticas como a de saúde mental, seja no Brasil, ou tomando outros países para análises mais complexas.

6 REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz (2005), “A coordenação federativa no Brasil: experiência do período FHC e os desafios do governo Lula”, *Revista de Sociologia e Política*, 24:41-68.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Recentralizando a federação? In: *Revista de Sociologia e Política*, 24, 2005.

ALMEIDA, Simone Costa de. A Política antimanicomial brasileira (2008-2013): [manuscrito]: repensando a implementação e seus condicionantes a partir do nível local.

Amarante, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1998.

Associação de Volta Para Casa. Associação José Martins de Araújo Jr. Disponível em: <http://www.assdevoltaparacasa.org.br/page9.htm>. Acesso em 11/01/2017.

Barbosa, Guilherme Correa, Tatiana Garcia da Costa, and Vânia Moreno. "Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios/The anti-asylum fight movement: trajectory, progress and challenges." *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health* 4.8 (2012): 45-50.

BEDN A R, Jenna; E SK R ID G E Jr., William N.; F E R E JO H N, John (2001), “Apolitical theory of federalism”, in]. Ferejohn; J. Rakove; J. Riley (eds.), *Constitutional culture and democratic rule*, New York, Cambridge University Press, pp. 223-70.

BURGESS, Michael (1993a), “Federalism and federation: a reappraisal”, in M . Burgess; A.-G. Gagnon (eds.), *Comparative federalism and federation: competing traditions and future developments*. New York, Harvester Wheatsheaf. pp. 3-13.

BRASIL. Ministério Da Saúde. *Saúde Mental em Dados –12*, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 (acesso em 27/10/2017).

Caderno Saúde Mental. Organização: Ana Marta Lobosque. Encontro Nacional de Saúde Mental, Belo Horizonte, 2006. Belo Horizonte: ESP-MG. 2007. v. 1.

CARNEIRO, N.G.O. Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial - haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental? *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 208- 220, jun. 2008.

CARVALHO, A.M.T.; AMARANTE, P. Força, diferenças e loucura: pensando para além do princípio da clínica. In.: AMARANTE, P. (Org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 41-52.

CRUZ, Felisa Anaya Fio Reflexões sobre o conceito substantivo de Saúde Mental. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

DAHL, Robert (1986), "Federalism and the democratic process", in Democracy, identity and equality, Oslo, Norwegian University Press, pp. 114-26.

DUARTE, Ronaldo Alves.[Re] tratando a família: reflexos e reflexões sobre família e saúde mental. Dissertação (Mestrado em Educação Cultura e Organizações Sociais) –Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI), Divinópolis, 2008.

Duarte, Ronaldo Alves. "Origens do fórum mineiro de saúde mental: um estudo sobre as condições de emergência de um movimento social antimanicomial." *Barbarói* 46 (2016): 188.

FERREIRA, Gina. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Uma análise sócio política. *Psicanálise e Barroco*(Revista de Psicanálise), V. 4, n. 1, p. 77-85, jun. 2006.

Fleury, Sonia. "Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído." *Ciência & Saúde Coletiva* 14.3 (2009).

Gonçalves, Alda Martins, and Roseni Rosângela de Sena. "A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família." *Revista latino-americana de Enfermagem* 9.2 (2001): 48-55.

GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. *Pesquisas e práticas psicossociais*, São João Del Rey, V.1, n. 1, jun. 2006.

Hahn Lüchmann, Lígia Helena, and Jeferson Rodrigues. "O movimento antimanicomial no Brasil." *Ciência & Saúde Coletiva* 12.2 (2007).

JACOBI, P. Movimentos sociais e políticas públicas. São Paulo: Cortez Editora, 1989.

LANE, Jan-Erik; ERSSON, Svante (2003), *The new institutional politics: performance and outcomes*. London/ New York, Routledge.

- Lobosque AM. Experiências da loucura. Rio de Janeiro: Garamond; 2001.
- MACHADO, R. et al. *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- Manifesto 18 de maio de 2018.
- Memória da Loucura. Centro Cultural Ministério da Saúde (CCMS). Disponível em:<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/apresenta.html>. Acesso em 05/10/2016.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. *Revista Saúde e Sociedade*, v.15, n.2, 72-87, 2006.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006.
- Moreira, Tábata Christie Freitas. "Política de saúde mental no município de Belo Horizonte: o papel das ideias, dos atores e das instituições na construção de uma práxis de reforma psiquiátrica e desinstitucionalização." (2013).
- NILO, Kelly, et al. "Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia." Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde (2008).
- OLIVEIRA, Ercília Gama. A saúde mental na atenção básica de saúde: uma parceria com as equipes de saúde da família. In: NILO, Kelly et al. *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.
- OLIVEIRA, Graziella Lage; CAIAFFA, Waleska Teixeira; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. *Rev. Saúde Pública, São Paulo* , v. 42, n. 4, p. 707-716, 2008.
- PAIM, J.S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In FLEURY S. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- PAULA, Patrícia Pinto de. Políticas Públicas atuais de saúde mental e os serviços substitutivos em BH. ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO. XV. Maceió Horizonte. *Psicologia social e políticas de existência: fronteiras e conflitos*. Maceió: 2009.

PENIDO, Cláudia Maria Filgueiras. A organização do sistema de jurisdições profissionais das equipes dos centros de referência em saúde mental (CERSAMS) de Belo Horizonte. ANPOCS.

Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia / Kelly Nilo; Maria Auxiliadora Barros Moraes; Maria Betânia de Lima Guimarães; Maria Eliza Vasconcelos; Maria Tereza Granha Nogueira; Miriam Abou-Yd.(Org.) — Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008. 258p.

Portal PBH. Prefeitura de Belo Horizonte. Link < <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/contents.do?evento=conteudo&chPlc=25070> > Acesso em 17 de novembro de 2017.

QIAN, Yingyi; WEINGAST, Berry R. (1997), "Federalism as a commitment to preserving Market incentives, *The Journal of Economic Perspectives*, 11,4: 83-92.

Quinderé, Paulo Henrique Dias, et al. "A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: Saúde Mental em Fortaleza, CE." *Saúde em debate* 34.84 (2010): 137-147.

RESENDE, H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUDIS, S. A. e COSTA, N. R. (Orgs). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. p. 151-177

RIKER, William H . (1964), *Federalism: origin, operation, significance*. Boston, Little Brown.

Silva MV. O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In: Conselho Federal de Psicologia, organizadores. *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

SILVA, Flaviana Mara da. Assistência aos pacientes em crise em um centro de referência em saúde mental. 2009, Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2009.

Souza, Adriana Cláudia Teixeira de, et al. "Federalismo no Brasil." (2015).

Souza, Celina. "Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988." *Revista de sociologia e política* 24.24 (2005): 105-122.

SOUZA, Celina. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. In *Ciência & Saúde Coletiva*, n.7, v.3, p.431-442, 2002a.

SOUZA, Políbio José de Campos. Resposta à crise: experiência de Belo Horizonte. In: NILO, Kelly et al. *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

STEPAN, Alfred. Para uma Nova Análise Comparativa do Federalismo e da Democracia: Federações que Restringem ou Ampliam o Poder do Demos. In *Dados*, vol. 42, nº 2, pp. 197-251, 1999.

TEIXEIRA, S.F. e MENDONÇA, M.H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In TEIXEIRA, S.F. (Org.) *Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez Editora, 1995, p.193-232.

TELLES, V.S. Movimentos sociais: Reflexões sobre a experiência dos anos 70. In: SCHERER-WARREN, I., KRISCHKE, P.J. (orgs.) *Uma Revolução no Cotidiano? Os novos movimentos sociais na América Latina*. São Paulo: Brasiliense, 1987. P. 54-85.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2002, vol.9, n.1, pp.25-59. [viewed 20th October 2016]. ISSN 0104-5970. DOI: 10.1590/S0104-59702002000100003. Available from: <http://ref.scielo.org/kvztkg>

TURCI, Maria Aparecida. Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde: HMP Comunicação, 2008.

Yasui, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2010.