



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Guimarães Bottaro de Oliveira, Alice; Conciani, Marta Ester
Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, núm. 1, janeiro-fevereiro, 2009, pp. 319-331
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63014134>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso

Psychiatric reform and social participation: a case study

Alice Guimarães Bottaro de Oliveira¹
Marta Ester Conciani¹

Abstract *The psychiatric reform in Brazil articulates several dimensions - conceptual, technical, administrative, legislative and cultural. It is aimed at overcoming the psychiatric paradigm based on isolation and exclusion of the mentally ill. The Reform makes part of the Brazilian Health System and presupposes a hierarchical system, municipality, participation and social control. Besides the advances made in the administrative dimension, in the state of Mato Grosso the reform takes place in centralized management contexts, revealing an apparent contradiction. Aim: Analyzing the participative processes in the construction of the psychiatric reform in Cuiabá and in the state of Mato Grosso by means of analyses of documents of the Health Councils and Conferences held over the period 2000 to 2005. The fragility of the political processes of the Health Councils hampers their constitution as environments for articulating new practices. The process of changes toward the psychiatric reform is in accordance with a new management, determined by new financing models - reduction of hospitalizations and not hospital-centered care. This is possible because it is not a result of criticisms to the asylum logic represented in the analyzed dimensions of the Brazilian Health System.*

Key words *Mental health, Consumer participation, Brazilian Health System, Mental health services, Healthcare*

¹Departamento de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, UFMG. Av. Fernando Correia da Costa s/n, Campus Universitário Coixipó da Ponte. 78.060-900 Cuiabá MT. alicegebo@yahoo.com.br

Resumo *A reforma psiquiátrica no Brasil articula várias dimensões - conceitual, técnica-assistencial, administrativa, legislativa e cultural - com o objetivo de superar o paradigma psiquiátrico que se estruturou em torno do isolamento e exclusão dos doentes mentais. Articula-se ao SUS e pressupõe hierarquização, municipalização, participação e controle social. Em Mato Grosso, apesar do avanço na dimensão administrativa, observa-se a sua realização em contextos de gestão centralizados, numa aparente contradição às suas raízes críticas. Nosso objetivo é analisar os processos participativos na construção da reforma psiquiátrica em Cuiabá e Mato Grosso, por meio do estudo de documentos dos Conselhos e Conferências de Saúde produzidos no período de 2000 a 2005. A fragilidade dos processos políticos dos Conselhos de Saúde dificulta a sua constituição como espaços articuladores de novas práticas. O processo de mudança rumo à reforma psiquiátrica se conforma como um novo desenho administrativo de gestão, determinado pelos novos modelos de financiamento - redução de internações e desospitalização -, sendo possível sua realização em processos centralizados de gestão, pois não resulta de crítica à lógica manicomial representada nas instâncias do SUS analisadas.*

Palavras-chave *Saúde mental, Participação comunitária, SUS, Serviços de saúde mental, Atenção à saúde*

O SUS e a reforma psiquiátrica

As mudanças no campo da saúde no Brasil ocorreram em função de um movimento político reformador iniciado na década de 1970, motivado pela necessidade de abertura política do país - democratização em todos os setores, inclusive no da saúde. Esses ideais reformistas vêm se consolidando de forma mais expressiva desde 1986, quando, devido à necessidade de introduzir mudanças no setor com o objetivo de torná-lo democrático, acessível, universal e equitativo¹, formalizou-se na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), a participação de usuários na definição das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Lei nº 8.080/90 estabelece os princípios do SUS e, dentre eles, o oitavo cita a participação da comunidade. Com o objetivo de dispor sobre essa participação na gestão do SUS, a Lei nº 8.142/90 define as instâncias colegiadas do SUS - Conferência e Conselho de Saúde - sua composição e atribuições.

No processo de democratização do acesso à saúde e constituição do SUS, militantes políticos, técnicos e associações de familiares e portadores e de transtorno mental se mobilizavam para que essa reforma pudesse promover mudanças também no campo da saúde mental, através da inversão na lógica de tratamento dispensado a esse grupo. Esse movimento ficou conhecido como reforma psiquiátrica que, principalmente sob inspiração do movimento iniciado na Itália, desenvolveu-se no Brasil a partir da década de 1970.

A partir dos anos oitenta e noventa, vários segmentos têm se mobilizado e construído experiências de transformação no campo das práticas de assistência em saúde mental em todo o território nacional. Entretanto, não se pode afirmar que haja uma uniformidade cronológica ou geográfica nesse movimento nacional. Embora houvesse um acúmulo teórico crítico, construído desde os anos setenta a respeito das práticas repressivas historicamente localizadas no hospital psiquiátrico, até o início dos anos noventa, as experiências de implantação de serviços comunitários de saúde mental se constituíram como movimentos localizados em contextos específicos. Algumas decisões do Ministério da Saúde, a partir dos anos noventa, influiram mais incisivamente na política nacional de reforma psiquiátrica. Alguns dados do Ministério da Saúde são esclarecedores desse processo: no período de 1991 a 2006, o número de leitos em hospitais psiquiátricos no SUS decresceu de 85.037 para 42.036, e o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) aumentou de 4 para 800².

A política de redução de leitos nos hospitais

psiquiátricos e implantação de CAPS em todo o território nacional, desencadeada pelo Ministério da Saúde, constitui um importante instrumento administrativo no processo de reforma psiquiátrica; entretanto, é necessário destacar que essa se constitui e se mantém articulando várias dimensões – técnica-assistencial, conceitual, administrativa, política, legislativa e cultural – com o objetivo de superar o paradigma psiquiátrico que se estruturou em torno do isolamento e exclusão dos doentes mentais nos hospitais psiquiátricos³.

A reorientação paradigmática demandou a organização de uma rede de atenção psicossocial que passa pela abertura de serviços especializados e pela organização/reorganização de ações e serviços na rede local, mais especificamente, no fortalecimento de ações assistenciais no nível primário de atenção, conforme orientação declarada em Caracas, em 1990, como marco dos processos de reforma da assistência em saúde mental nas Américas⁴.

Principalmente a partir de 2002, observam-se decisões emanadas do Ministério da Saúde no sentido de que a constituição de uma rede de atenção psicossocial substitutiva dos hospitais psiquiátricos fosse uniformizada para todo o território nacional. Destaca-se, nesse processo de organização administrativa da atenção psicossocial, no ano de 2002, a edição das Portarias nº GM/336 e SAS/189, que regulamentam os CAPS e o seu financiamento e priorizam esse equipamento na rede de atenção em saúde mental; e a de nº GM/251, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos e define a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS⁴.

Essas portarias visam a normatizar o funcionamento dos dispositivos extra-hospitalares de atenção em saúde mental (CAPS), nos aspectos administrativo-financeiros, e valorizá-los na reforma psiquiátrica em construção. Aliado a isto, ainda as Portarias nº GM/251 e SAS/1001 apontam para uma desvalorização no valor das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) dos grandes hospitais psiquiátricos e valorização dos pequenos e médios, na medida em que estabelecem uma relação de quanto maior o número de leitos, menor o valor da AIH nos hospitais psiquiátricos. O objetivo foi redirecionar o modelo de atenção psiquiátrico, até então hospitalocêntrico, para a constituição de uma rede comunitária, territorial e substitutiva dos hospitais psiquiátricos.

A Portaria nº GM/336 ***inaugura um novo modelo de financiamento para estes serviços, inserindo os CAPS nas ações estratégicas do Ministério da Saúde. A remuneração desses serviços dar-se-á através do sis-***

tema APAC/SIA (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo), sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de ações Estratégicas e Compensação – FAEC. Dessa maneira, o principal órgão financeiro dos CAPS passa a ser o gestor federal.

Decorrente desse processo administrativo emanado das diretrizes ministeriais, em Mato Grosso tem acontecido um movimento de implantação de serviços componentes do novo modelo de atenção, como a criação de 27 CAPS no período de 1999 a 2005. Desses, quatro localizam-se em Cuiabá, onde também foram criados, em 2004, dez Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), em decorrência do fechamento do hospital privado convencionado neste mesmo ano. Portanto, ocorre, aparentemente, um avanço significativo na efetivação da política nacional de reforma psiquiátrica no sentido de criação de CAPS e desospitalização.

Observa-se também que, em decorrência da política de financiamento emanada do Ministério da Saúde, os gestores estaduais e municipais incorporaram a tendência de desospitalização na assistência psiquiátrica motivados pela garantia do financiamento privilegiado para as ações extra-hospitalares. Nesse sentido, identifica-se em Mato Grosso um incentivo para a implantação de CAPS nos municípios com mais de 20.000 habitantes a partir de 2001, normatizado pelas Resoluções CIB nº 009/2001⁶, nº 001/2002⁷ e Portaria nº 047/SES/GS/2002⁸. A última, disponde sobre o Programa de Incentivo à Microregionalização na Saúde, especifica a forma e os valores desse incentivo⁸.

Esses instrumentos alteraram o panorama de assistência à saúde mental em Mato Grosso que, até o início do século XXI, era caracteristicamente hospitalocêntrica⁹.

A partir dessa época, em decorrência dos instrumentos administrativos federais e estaduais acima apresentados, ocorreu um processo de “atração” dos gestores municipais para a criação de serviços extra-hospitalares na modalidade exclusiva de CAPS, decorrente do incentivo financeiro para implantação e custeio. Isso possibilitou a criação de um número expressivo de CAPS em Mato Grosso e desencadeou algumas situações adversas, como os casos em que o gestor local, de posse dos recursos financeiros, atrasou a implantação e, assim, durante esse período, apesar de haver contratação da equipe, locação do imóvel e repasse mensal de recursos, não havia atendimento; e de muitos outros que, de forma recorrente, repassam apenas parcialmente, aos CAPS, o recurso mensal de custeio.

Considera-se que isso é possibilitado pelo fato de que há, via de regra, uma ineficiência do controle

da sociedade nas ações do Estado, que ocorrem por falhas no processo participativo¹⁰. Assim, apesar de haver um expressivo avanço na dimensão administrativa da organização da assistência à saúde mental em Cuiabá e Mato Grosso, indaga-se se essas mudanças no modelo de atenção não têm ocorrido em função da supremacia de uma lógica de gestão – redução de custos com internação, que repercute em desospitalização – mais do que em decorrência da participação social via Conselhos de Saúde, que deveriam se organizar em torno da **formulação do Plano de Saúde adequado à formulação do SUS, a definição orçamentária do setor, a reorganização administrativa, o gerenciamento da rede, a alocação e remuneração dos profissionais de saúde e o próprio modelo assistencial**. Sendo profissionais envolvidos no processo local de reorganização da atenção à saúde mental, indagamos, como ponto de partida desse estudo, sobre a possibilidade de todos esses acontecimentos objetivamente relacionados ao processo de reforma psiquiátrica ocorrerem em períodos de gestão estadual e municipais marcados pela centralização e autoritarismo. As questões norteadoras foram: como é possível que a reforma psiquiátrica, que pressupõe participação social até mesmo nos processos tecno-assistenciais ou terapêuticos, pode se dar em contextos estranhos à participação social instituída no SUS? O movimento de reforma psiquiátrica local e regional relaciona-se à crítica social do hospital psiquiátrico e suas práticas excludentes de tratamento, está inserido no processo de construção do SUS, a partir de seus princípios de descentralização político-administrativa e de participação da comunidade, ou é um re-arranjo administrativo que visa a adequar a gestão às formas atuais de financiamento definidas pelo Ministério da Saúde?

Os objetivos foram analisar os processos participativos na construção da reforma psiquiátrica em Cuiabá; identificar os sujeitos sociais e segmentos participativos nos espaços de controle social; e, analisar as demandas de saúde mental debatidas nos Conselhos de Saúde Estadual de Mato Grosso e Municipal de Cuiabá, suas origens e encaminhamentos.

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, documental, de abordagem qualitativa. Compreendemos este estudo como referido ao campo denominado das Ciências Sociais. Como afirma Minayo¹¹, o objeto de estudo das ciências sociais é histórico, possui um caráter essencialmente qualitativo, além de ser intrínseca e extrinsecamente ideológico, pois o sujeito pesquisador e objeto pesquisado estão “solidariamente imbricados”. Assim, abordamos o objeto deste estudo tendo por refe-

rência esses pressupostos teórico-metodológicos e buscando uma análise dialética da situação pesquisada. “A Dialética pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos. Busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo, e a interioridade e exterioridade como constitutivas dos fenômenos”¹¹.

Ao identificarmos os dados desta pesquisa, buscamos compreendê-los nesta realidade histórica específica – o contexto do SUS e da reforma psiquiátrica – ao mesmo tempo em que buscamos circunscrevê-la na totalidade das relações sociais marcadas pelas contradições próprias do sistema socioeconômico brasileiro; tendo ainda a pretensão de apreendê-los na dinamicidade própria de um movimento social que se configura/reconfigura constantemente, pela multiplicidade de agentes e processos envolvidos. A historicidade, dinamicidade e totalidade foram as balizas teórico-metodológicas desse estudo e estão referidas à dialética marxista. Entretanto, pela complexidade dos processos envolvidos nesta perspectiva analítica, temos essas premissas mais como um “ideal que perseguimos do que uma realidade que conquistamos”¹¹.

Foram estudados atas e relatórios produzidos pelos Conselhos Municipal de Saúde de Cuiabá (CMS) e Estadual de Saúde de Mato Grosso (CES) no período de 01 de janeiro de 2001 a 30 de abril de 2005. As Ouvidorias de Saúde do SUS, espaços extensivos dos Conselhos, também foram consideradas neste universo. Nesses documentos, foram identificadas as demandas relacionadas à saúde mental constantes de pautas e deliberações, segundo o segmento proposito e os encaminhamentos e deliberações a elas relacionados. Para isto, solicitou-se à secretaria executiva dos dois Conselhos acesso aos documentos acima listados. Ressalta-se que esses documentos, depois de aprovados em plenário, são de acesso irrestrito a todos os interessados.

Como pressuposto norteador do processo de análise dos dados, consideramos que à inclusão dos usuários e familiares nos processos terapêuticos, necessária para a consolidação do modelo psicossocial de assistência em substituição ao modelo manicomial ou hospitalocêntrico, corresponde a necessidade de participação e controle social nas esferas de decisão do SUS.

Com o objetivo de garantir o anonimato de todos os conselheiros que tiveram o registro de seus nomes nas atas, a transcrição de trechos de registros das atas será apresentada sem a menção nominal ao conselheiro, sendo substituído por um símbolo “X”.

Os espaços de participação e controle social

No Brasil, a partir de 1980, a reorganização da sociedade rumo à recuperação dos espaços de representação política em diversos setores e níveis se deu de acordo com os processos sociais locais, nas suas especificidades históricas. No setor saúde, o processo de inversão da lógica do modelo hospitalocêntrico, centralizado e verticalizado pelo nível federal, possibilitou que a municipalização fosse entendida, em princípio, como sinônimo de descentralização e utilizada como panacéia para todos os males decorrentes da falência daquele modelo, uma vez que está prevista nas leis do SUS a descentralização político-administrativa-financeira¹².

Todavia, esses dois princípios tão próximos possuem características intrínsecas que os diferem, a saber: a municipalização pode ser entendida como o processo de responsabilização e autonomia dos municípios no que se refere à política de saúde em diferentes níveis e complexidades, num sistema de atenção ascendente e regionalizado, com recursos orçamentários específicos, autorizando e possibilitando sua organização. Essa, por sua vez, deve voltar-se para as necessidades locais, haja vista as enormes diferenças entre os municípios brasileiros. Enquanto a descentralização é *um meio que possibilita a ampliação e a diversificação dos espaços de participação e de práticas sociais [...] traz consigo a potencialidade do alargamento da política, diversificando exatamente os campos de exercício da cidadania e favorecendo o reconhecimento da necessidade de se contemplar as diferenças na busca da equidade*¹³.

A idealização de municipalização presente no início da reforma sanitária mostrou logo suas fragilidades. Entre os fatores que contribuíram para isto estão: a) a realidade do processo de municipalização muitas vezes reduzida à instância de barganha política de grupos locais, a “prefeiturização” do sistema de saúde, quando o município reproduz a lógica da hierarquia anterior e a consequente desconcentração em lugar da descentralização; b) a carência ou mesmo a ausência, nos municípios, de infra-estrutura e capacidade organizacional, de planejamento e de gestão do sistema de saúde; c) o receio de que a constituição de órgãos colegiados deliberativos resultasse em perda de poder político dos gestores e políticos locais; d) a necessidade e obrigatoriedade do controle social se deparou com a realidade da organização social local, na quase totalidade dos casos, muito incipiente e, por isso, facilmente cooptada pelo executivo municipal¹².

É principalmente sobre este último fator que nos deteremos, mas não o consideraremos de maneira desarticulada de todos os outros. Todos com-

põem uma totalidade dinâmica que dificultou o processo de descentralização previsto nas normas legais do SUS. Especificamente na questão dos recursos financeiros, muitas vezes os resultados deste processo foram desastrosos, marcados pelas consequências da crise econômica e pelo reordenamento da política rumo aos princípios neoliberais, que se efetivam desde então, e que determina que os recursos na área social sejam cada vez mais reduzidos, na constituição de um "Estado Mínimo"¹³.

Em Cuiabá, podem-se destacar alguns avanços: em meio ao processo de transição de modelo, organizou-se a saúde local com base no processo de regionalização (distritos sanitários), o CMS foi instalado em 1990 e, em 1993, foi realizada a primeira Conferência Municipal de Saúde. Entretanto, em vez de se constituir como espaço representativo dos anseios populares, um estudo sobre o funcionamento do CMS de Cuiabá nos seus primeiros cinco anos aponta um período marcado por embates entre o executivo, legislativo e as plenárias populares. *Sua implantação ocorreu numa conjuntura autoritária e bastante desmobilizada no tocante à atuação dos movimentos populares [...] permaneceu em sua primeira gestão voltado para atividades de caráter técnico e burocrático buscando a organização de sua estrutura, pouco fazendo em relação à Política de Saúde*¹⁴ e manteve, no período, "uma clara desarticulação do Conselho com os movimentos populares" e um *atrelamento ao Executivo, deliberando, na maioria das vezes propostas levadas a Plenário pelo próprio Gestor do Sistema de Saúde, coincidindo apenas em alguns momentos com os interesses do conjunto dos conselheiros*¹⁴.

Em meio ao processo de descentralização e municipalização do sistema de saúde e de organização das instâncias de participação social, as tensões eram evidentes e o risco de desvios ou equívocos do processo participativo, acentuado. A este respeito, observa-se que nesse quadro de funcionamento incipiente do CMS de Cuiabá, e de definição das forças políticas constituintes dessa arena, aconteceu, em 1995, uma importante discussão e proposição sobre saúde mental. Nesse ano, foi aprovada, no CMS de Cuiabá, uma política municipal de saúde mental com princípios e metas claramente identificados com a reforma psiquiátrica. Essa proposta, elaborada por um grupo de trabalhadores de saúde mental, alunos e professores da primeira turma do Curso de Especialização em Saúde Mental da UFMT, articulado com representações dos trabalhadores com assento no CMS constava de "1) implantação de atendimento de saúde mental integrado à rede geral de serviços de saúde e nos três níveis de atenção; 2) implantação

de lares abrigados para "pacientes moradores" de hospitais psiquiátricos; 3) instalação de núcleo interdisciplinar de educação continuada; e, 4) auditoria dos hospitais psiquiátricos"¹⁵.

A discussão dessa temática e a aprovação desse plano no CMS, em agosto de 1995, foi resultante desse processo conflituoso e dinâmico de composição das forças políticas desse Conselho e da sua relação com o gestor municipal, os grupos informais e as representações de técnicos com assento no CMS¹⁶.

Esse avanço aparente do processo de participação social na definição da política municipal de saúde mental, quando analisado para além de sua aparência, indica um movimento contrário. O município, naquele momento da trajetória de municipalização das ações de saúde, quando assumiu a Gestão Semi-Plena do SUS, usufruía de maior autonomia administrativa e financeira, e dispunha de instâncias de participação e controle social formalmente constituídas (CMS), porém pouco representativas e fragilizadas sob o ponto de vista da participação cidadã. Em consequência, observou-se a tomada de decisões contrárias ao interesse da saúde da população, como o investimento maciço de recursos financeiros na compra de serviços de nível secundário e terciário e o desprestígio de medidas preventivas e de maior alcance na atenção primária¹⁶.

Nessa mesma época, quando o gestor municipal priorizava a atenção médica curativa em todas as áreas, o CMS aprovou uma política de saúde mental que apontava para a desinstitucionalização, com a organização de rede de assistência em todos os níveis, integrada à rede geral de serviços de saúde. O efeito mais visível resultante desse confronto foi uma redução do número de leitos contratados no hospital psiquiátrico privado com a correspondente redução dos recursos financeiros na área da assistência psiquiátrica. Das metas previstas no plano aprovado, foi implementada nos anos seguintes apenas a de criação de um ambulatório de saúde mental.

Considera-se que a aprovação de um novo modelo de atenção na área de saúde mental foi uma decisão de gestão que visava a uma global redução de custos nessa área e que se utilizou de um movimento de trabalhadores que, via CMS, tentava imprimir as diretrizes da reforma psiquiátrica na política local. Portanto, esse modelo de atenção aprovado, que aparentemente sinalizava para a construção da reforma psiquiátrica com seus desdobramentos técnico-políticos de crítica participativa ao modelo de atenção hospitalocêntrico, autoritário e discriminatório anterior, na es-

sênciа, se reduziu à diminuição dos recursos investidos pelo município na atenção psiquiátrica.

A desinstitucionalização foi reduzida à desospitalização. Longe de se constituir como processo democrático e participativo, “ao contrário e paradoxalmente, ocorreu e foi possibilitada, por um processo de gestão centralizadora e que investia prioritariamente na atenção curativa e individual”¹⁶.

É necessário considerar ainda, nesse incipiente processo de organização do SUS e de suas instâncias colegiadas, a instalação do CES de Mato Grosso. Foi criado pelo decreto nº 1.055/88, com alterações pelo decreto nº 1.595 de 16/06/89¹⁷.

Não identificamos estudos sobre os primeiros tempos de funcionamento do CES; entretanto, Oliveira¹⁸ afirma que o hospital psiquiátrico privado local foi conveniado à rede pública a partir do dia 22/10/1990 com base em parecer do presidente do CES, *ad referendum*, e que, durante o período de tramitação do processo de credenciamento do hospital no CES, ocorreram manifestações contrárias à assinatura do convênio, por parte de conselheiros que consideravam que o credenciamento de leitos em hospitais psiquiátricos privados “significaria estimular um movimento que já estava sendo criticado em outras regiões brasileiras e já era questionado como prática terapêutica em âmbito nacional”.

Destaca-se, portanto, na década de 1990, a fragilidade dos processos políticos do CMS Cuiabá e CES-MT em se constituírem como espaços articuladores de novas práticas em saúde mental, haja vista que o credenciamento do hospital psiquiátrico privado (1990) não se pautou pela análise realizada nestes conselhos, assim como a aprovação de uma política de saúde mental para o município de Cuiabá no CMS (1995) não repercutiu em ações de saúde mental na rede municipal.

Ao ressaltar também a fragilidade dos espaços participativos do SUS na arena de decisão política, principalmente na relação com o Executivo municipal, observa-se que a Lei Municipal nº 2.820 de 19/12/1990, que regulamentava a organização e funcionamento do CMS¹⁹, foi alterada no que se refere ao seu caráter deliberativo quando, em 30/03/1998, foi aprovada a Lei Municipal nº 3.731²⁰ “contrariando a Lei Federal nº 8142 de 28/12/1990 (Art. 1º § 2º) e a Constituição do Estado de Mato Grosso (Art. 222) e, por essa razão, inconstitucional, esta Lei que impedia o CMS de qualquer ato decisório, vigiu até 2002”¹⁸. Pode-se indagar, neste caso, sobre a qualidade da participação realizada nesse Conselho, que se manteve formalmente presente no processo de gestão municipal nesse período – os Planos Municipais de Saúde e os Relatórios

de Gestão foram aprovados e, dessa forma, garantiu-se o financiamento, também aprovado por este conselho.

É necessário ressaltar que esse processo não foi uniforme ou harmônico; durante esse período, existiram vozes discordantes, mas numa correlação de forças muito desigual. No entanto, a exemplo da marginalidade com que os movimentos populares participaram da crítica propulsora da reforma sanitária e psiquiátrica, essas vozes ainda que “fora” dos espaços “formais de participação” continuam nos dias atuais se constituindo como autênticos espaços de controle social, uma vez que na “marginalidade” se apresentam com a radicalidade daquelas que de alguma forma escapam às teias da institucionalização tão presente em alguns grupos sociais, que percebemos enredados pela sedução do discurso participativo do neoliberalismo.

Sobre a constituição dos espaços formais de participação como os do SUS, pode-se indagar se eles não estão referidos àqueles espaços autorizados pelo Estado para que aconteça a participação popular, ou seja, àqueles onde não se prioriza o despertar da cidadania, mas, ao contrário, onde as classes trabalhadoras são atraídas pelo Estado para atenuar a potencialidade de sua intervenção em questões mais centrais²¹.

A participação social tem caráter sempre traditório, é espaço de delegação e autonomia, de decisão e cooptação, de participação e de alienação, como em toda arena de decisão política. A história brasileira de cidadania tutelada, muito mais concedida pelo Estado do que conquistada pelas classes populares²², é fundamental para que se possa compreender a ocupação dos espaços de participação e controle social instituídos pelo SUS.

No Brasil, em decorrência da forma peculiar de constituição dos direitos - base da cidadania - temos um panorama onde o Executivo é muito fortalecido em relação aos outros poderes da República²³. Podemos constatar no processo histórico de constituição dos Conselhos de Saúde, nesse estudo, a realidade desta afirmação.

A exemplo do avanço na política de saúde por meio da mobilização política nacional pela democratização de todos os setores da sociedade, a ascendência dessa prática cidadã tão cara à sociedade civil - a participação - no campo da saúde pode ser abordada sob várias perspectivas. Para atender aos objetivos propostos nesse estudo, aqui é entendida em dois sentidos dialeticamente articulados: a participação como integração do indivíduo no processo terapêutico (exercício de liberdade e de autonomia) é indissociável da participação como processo de construção democrática do SUS

(exercício de cidadania). Admite-se que a inversão da lógica manicomial só pode ser constituída por meio da organização de uma rede articulada na qual se priorize a atenção psicossocial inserida em contextos solidários e comunitários. Com efeito, só podem existir serviços comunitários de saúde mental em sociedades e instituições democráticas²⁴. Para tanto, é preciso que as unidades de saúde do SUS na sua relação com a população usuária seja horizontalizada, conforme prevê o modelo de saúde amparado nas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90.

A relação indissociável entre as experiências de sofrimento psíquico e a condição socioeconômica da população, seja no processo de adoecimento²⁵, seja na organização interna e externa dos serviços de atenção de modo a que sejam resolutivos²⁶, levam-nos a considerar que a participação comunitária, que inclui a participação instituída no SUS, se constitua, por si, numa experiência socioterapêutica.

Desde o movimento italiano, que influenciou a crítica ao paradigma psiquiátrico que possibilitaria a idéia atualmente posta no Brasil de atenção psicossocial, sabe-se que *não podemos perder de vista a extrema ambigüidade da situação que estamos vivendo, pois, só assim conseguiremos evitar a edificação de uma nova ideologia: a do hospital aberto, das comunidades terapêuticas, propostas como solução para o problema do doente mental. Nossa realidade está mergulhada num terreno profundamente contraditório, e a conquista da liberdade do doente deve coincidir com a conquista da liberdade de toda a comunidade*²⁴. Enquanto estamos mergulhados, no movimento de reforma psiquiátrica, numa autocrítica teórico-técnica e institucional que visa ao fortalecimento de mecanismos democráticos e participativos dos hospitais psiquiátricos e demais centros de atenção, estamos, paradoxalmente “insertos numa realidade social de alto nível repressivo e competitivo”²⁴.

Quando se busca a superação do paradigma psiquiátrico pela atenção psicossocial, a participação dos usuários nos serviços de saúde mental, inclusive na gestão desses, resulta em benefícios para todos os envolvidos, gestores, profissionais e usuários e, nesse sentido, novamente encontramos a indissociabilidade do processo participativo social-terapêutico nesse campo²⁷.

Portanto, a partir desses princípios, adotamos, como fio condutor para a análise dos dados, que a crítica do paradigma psiquiátrico e de sua instituição emblemática, o manicomio, não se sustenta quando desarticulada da crítica aos outros “manicomios” institucionais – conselhos e gestão, por exemplo.

A saúde mental nos conselhos e conferências de saúde

Esse estudo, propondo-se a uma análise de documentos de um determinado período e local, guarda algumas especificidades. Ressalta-se a precariedade da estrutura física e administrativa destinada à produção e arquivamento dos documentos produzidos pelos conselhos e, como estes se localizam nas estruturas físicas das secretarias de saúde e são presididos pelos respectivos secretários de saúde, as duas instâncias se confundem. Identifica-se, portanto, uma primeira dificuldade para a participação cidadã no âmbito do SUS.

Nas atas das reuniões do CES-MT analisadas, observa-se que a saúde mental não constou como ponto de pauta de nenhuma delas. Foram registrados temas de saúde mental apenas em informes oficiais e extraordinários, demandas da ouvidoria e homologação de Resoluções da Comissão Intergestora Bipartite Estadual (CIB). Pode-se afirmar que a política de saúde mental não foi objeto de discussão no CES-MT no período estudado; porém, ressalta-se que essa ausência não é uma peculiaridade da saúde mental. A política estadual de saúde é objeto de discussão somente na aprovação dos planos, relatórios e nas discussões de aspectos específicos de organização e problemas cotidianos dos serviços.

No CMS, a mesma situação foi encontrada, sendo a saúde mental pauta apenas por necessidades técnicas associadas à aprovação de projetos para financiamento ministerial, como exigência cartorial da obrigatoriedade da homologação do CMS em processos de criação de unidades especializadas de atenção psicossocial (que nem sempre se concretizaram) e ainda para convite de inauguração de serviços. Em 2003, ocorreu uma única exceção. Foi identificada uma tentativa de ampliar a discussão política no campo da saúde mental na esfera municipal quando uma entidade representativa de trabalhadores da saúde apresentou uma carta apontando as dificuldades, as falhas e as distorções na condução da saúde mental municipal e solicitando uma reunião extraordinária, em vista dos problemas apontados, com a seguinte pauta: “Assistência à saúde mental no município de Cuiabá – diagnóstico, necessidades e planejamento”. Após duas reuniões, a discussão não repercutiu em mudanças e se esvaiu no rol de pautas reivindicatórias e cartoriais.

A realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001 desencadeou um calendário de discussões preparatórias no nível estadual e municipal. No período de agosto a novembro des-

se ano, observam-se registros nas atas dos conselhos a este respeito. Destaca-se, no CES, a realização da II Conferência Estadual de Saúde Mental, juntamente com a I Conferência Estadual de Vigilância Sanitária e a I Plenária Estadual de Conselhos de Saúde, realizada nos dias 29 e 30/10/2001. Há registros de um fato já decidido de realização conjunta, sem registros de análises, críticas ou riscos envolvidos neste processo participativo tão minimalista, uma vez que realizado em dois dias, com três temas. Indaga-se se houve omissão dos conselheiros desta discussão ou se houve falha de registro das atas.

Isso reporta à idéia de que, muitas vezes, a participação e o controle social se incumbem da formalização do processo mais do que da dinâmica política, da explicitação dos conflitos e da participação nos processos decisórios. E, uma vez que se restringe à formalização, importa mais a realização e não a qualidade da participação. Dessa forma, realizou-se como previsto os três “eventos” e, na ata da 111^a reunião, realizada em 07 de novembro, destaca-se o seguinte informe:

A respeito das Conferências a técnica X fez uma avaliação positiva em virtude da grande participação dos municípios do Estado/MT, acima de 50% e ainda, pelo fato da discussão ter sido bastante aprofundada. Apresentou o consolidado da VISA, faltando ainda a elaboração do consolidado da Saúde Mental.

Quando se têm três “eventos” conjuntos, pode-se prever uma participação numericamente elevada; entretanto, a qualificação desta participação precisaria ser esclarecida. Não há registro de apresentação do “consolidado” da II Conferência Estadual de Saúde Mental mencionado nessa ou em outra reunião a partir desta data. Também não foi encontrado o relatório desta conferência ou nenhum outro documento similar, na Secretaria Executiva do CES, quando da coleta dos dados dessa pesquisa. Pela dinâmica de proposta, realização e finalização desta conferência relatadas acima, observa-se que a sua realização está mais afeta ao cumprimento de uma agenda do Conselho Nacional de Saúde para a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental que aconteceria em dezembro de 2001, do que ao disposto no Artigo 1º da Lei nº 8.142/1990, de que “A Conferência de Saúde reunir-se-á [...] para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde”.

Nesse mesmo processo preparatório, aconteceu a I Conferência Municipal de Saúde Mental em 2001. Na reunião do dia 4/9/2001, ata número 13/2001/CMS, observa-se o registro detalhado de uma discussão a respeito do modelo da etapa prepara-

tória municipal para a Conferência Nacional de Saúde Mental (fórum, plenária ou conferência). Nessa discussão, apontou-se o movimento que ocorria no nível estadual, quanto ao modelo de discussão e quanto à realização conjunta com outra temática (vigilância sanitária). Inicialmente, observa-se a apresentação de uma proposta do segmento da gestão municipal e estadual: “[...] prosseguindo a conselheira X apresentou sobre a realização do Fórum de Saúde Mental explicando sobre a organização e realização do fórum, previsto para os dias 19 e 20 de outubro e com número de participantes de 115”. [a conselheira X era representante do segmento governo]

Observa-se a preocupação de reduzir custos com a realização da conferência em detrimento da representação uma vez que, ao explicar o número pré-definido de 115 participantes, *A conselheira X respondeu que o número de participantes envolvia o público alvo, mas admite que foi observado apenas na questão do custo e não em paridade.*

Esse modelo de fórum e a realização conjunta com a Vigilância Sanitária, sugerido pelo segmento do governo a partir de um modelo adotado pelo CES, foi rejeitado pela plenária do CMS. Embora tenha havido um direcionamento por parte da gestão, houve um significativo momento de participação que resultou na deliberação do momento preparatório para a III Conferência Nacional de Saúde Mental na forma de Conferência Municipal exclusiva de saúde mental.

Foi notada no âmbito municipal a delegação de plenos poderes à comissão organizadora para realizar a conferência que ocorreu como previsto e não foi encontrado registro de aprovação de seu relatório no plenário do CMS, a exemplo do ocorrido na conferência estadual.

Sobre as demandas oriundas das Ouvidorias, no CES observou-se o registro de algumas denúncias relacionadas à falta e à padronização de medicamentos psicotrópicos na rede assistencial. Além disso, na 115^a reunião, realizada em 10/04/2002, há o seguinte registro, seguido de deliberação do CES pelo arquivamento: *Denúncia protocolada referente a possível irregularidade no Hospital X [psiquiátrico] e conforme Portaria N° x, foi constituída Comissão de Sindicância para investigar a procedência dos fatos. A Comissão de municipalização concluiu pelo arquivamento, tendo em vista que o nome e o endereço do denunciante eram fictícios, o que gerou dificuldade de apuração, e ainda com base no relatório de auditoria do COSEAS, que não apontou irregularidade.*

Na Ouvidoria municipal do SUS, as reclamações foram sempre sobre medicamentos, à exce-

ção de uma única denúncia apresentada por trabalhadores do hospital psiquiátrico estadual que, em razão de perdas profissionais, encaminharam denúncia movidos pelo interesse corporativo e tendo como pano de fundo questões relacionadas à assistência naquele hospital, em 2001.

A partir dessas observações, constata-se que as ouvidorias, responsáveis por apresentar aos conselhos os problemas enfrentados pela população, no tocante ao acesso aos serviços de saúde e na avaliação da política de saúde, também se mantiveram distantes das discussões acerca da política de saúde mental. Isto fica evidente na medida em que em seus arquivos foram encontradas somente denúncias que se pautaram na necessidade de medicamentos, exceto as duas já mencionadas.

Analizando-se os encaminhamentos dados àquelas duas denúncias, observa-se que a primeira, no âmbito do CES, não evidencia o assunto e ainda utiliza-se de siglas e abreviaturas desconhecidas e é arquivada por não ter autoria identificada. Denota-se uma dificuldade no exercício de controle social por normas tão rigorosas, presentes na gestão burocrática das políticas públicas e contrárias aos princípios do controle social. Este, para se efetivar, requer mecanismos democráticos e acessíveis de participação. A denúncia da ouvidoria municipal sequer foi apreciada pelo CMS, tendo sido encaminhada diretamente ao secretário de saúde, que também o presidia.

Nos relatórios da IV e V Conferências Estaduais de Saúde, a saúde mental é apenas apontada em algumas recomendações, não sendo objeto de nenhuma pauta ou item específico. A IV Conferência Estadual de Saúde foi realizada em 2000 e suas deliberações foram avaliadas na realização da V Conferência. Essa avaliação consta do relatório da última²⁸ e, nele, são observadas algumas questões relacionadas à participação e controle social: *Eixo temático VI Gestão participativa e controle social – 6. Garantir dotação orçamentária ao Conselho de Saúde e destinar um percentual do Fundo de Saúde para atender as demandas de sua secretaria executiva. Avaliação: a dotação orçamentária do conselho ainda está vinculada à dotação orçamentária do gabinete da SES e também não tem percentual próprio. [...] 28. Garantir a avaliação semestral e divulgação das resoluções das Conferências de Saúde. Avaliação: ação não efetivada.*

Observa-se, segundo esta avaliação, que havia uma vinculação e dependência financeira do CES ao executivo estadual e que as deliberações das conferências não eram avaliadas sistematicamente no CES. Entre as deliberações aprovadas na V Conferência, repetiu-se essas duas propostas na íntegra.

Resta-nos indagar sobre o tempo e as condições necessárias para que elas deixem de ser “intenções” aprovadas nas conferências e se constituam em fatos concretos que viabilizem o exercício da participação comunitária no âmbito do SUS.

Não foi possível a análise do relatório da II Conferência Estadual de Saúde Mental, haja vista que o mesmo não foi localizado no CES e a versão encontrada na área técnica da SES-MT não estava finalizada. Resta-nos indagar sobre qual o grau de importância atribuído às deliberações das conferências – momento de consulta à população sobre a formulação das políticas. Uma vez que o que se decide nas conferências não está disponível na instância de participação e controle social (CES) para que possa ser avaliado, nem integralmente na área técnica do executivo responsável pela implantação da política nelas deliberada, pode-se constatar a redução dos espaços constituídos legalmente para a participação e o controle social a meros espaços formais e burocráticos, atrelados ao executivo e sem a dinâmica própria de uma arena de decisão política.

No relatório da I Conferência Municipal de Saúde Mental de Cuiabá, disponível na secretaria executiva do CMS, observa-se que não foi dado prosseguimento para muitas de suas deliberações, principalmente no tocante à: ampliação da rede municipal de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico; implantação a política de saúde mental aprovada no CMS em 1995 (auditoria dos leitos psiquiátricos, SRTs, atendimento de saúde mental inserido nos níveis primário, secundário e terciário da rede municipal de atenção à saúde); implantação de serviços para atendimento às demandas específicas (crianças e adolescentes, dependentes químicos); priorização das ações de saúde mental no planejamento municipal; efetivação da participação e controle social na saúde mental, principalmente por meio do CMS; descentralização da rede assistencial com implantação de serviços abertos com atendimento em horário integral.

Ao analisar as deliberações das conferências e atas dos CES e CMS, observa-se que a função de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde e as estratégias para o controle da execução da política de saúde, previstas no texto da Lei nº 8.142/90 estão ainda distantes no que se refere à saúde mental em Cuiabá e Mato Grosso. O que se ressalta é a existência, nesses documentos, de formulações genéricas e inespecíficas que não se traduzem na realidade cotidiana da organização dos serviços e na assistência nessa área.

A distância entre os registros e a realidade

A partir dos dados desta pesquisa, não foi possível identificar a dinâmica dos processos ocorridos na organização e efetivação da política de saúde mental e da rede de serviços em Cuiabá e Mato Grosso. No entanto, por meio de observação assistemática e da nossa participação como trabalhadores da área, é possível a identificação de fatos significativos ocorridos nesse período. Visando a relacionar os dados obtidos nos documentos analisados nesse estudo, com os da realidade objetiva vivenciada nesse período, uma vez que as indagações desse estudo partiram da vivência dessa realidade, são apresentados no Quadro 1, em ordem cronológica, alguns acontecimentos relacionados à organização dos serviços e da política de saúde mental em Cuiabá e Mato Grosso.

Além desses acontecimentos situados em Cuiabá, foram implantados, nesse período, 22 CAPS em municípios do interior do estado, totalizando, em 2005, 27 em Mato Grosso.

Na rede de assistência à saúde mental, destaca-se, em Cuiabá, a concentração de serviços sob a gestão estadual, numa contradição aos princípios de descentralização, hierarquização e municipalização. Em consequência, observa-se um distanciamento destes dos demais serviços da rede do SUS e uma dificuldade na operacionalização de princípios estruturantes destes serviços substitutivos, como a territorialização e a participação social. Isso contraria o pressuposto de que a esfera privilegiada para a efetivação da democracia é o município, ao mesmo tempo em que esse distanciamento provoca maior fragilidade no processo participativo, uma vez que ***é somente nessa esfera – no município***

Quadro 1. Fatos ocorridos na política de saúde mental nas esferas estadual e municipal.

Ano	Fato	Esfera de gestão
2001	Extinção da função de coordenador de saúde mental Aumento de aproximadamente 30% no número de leitos psiquiátricos credenciados no hospital privado Inauguração do primeiro CAPS na rede municipal de saúde de Cuiabá	Municipal Estadual Municipal
2002	Inauguração de um CAPSi administrativamente anexado ao hospital psiquiátrico	Estadual
2003	Inauguração de um Pronto-atendimento psiquiátrico física e administrativamente anexado ao hospital psiquiátrico	Estadual
2004	Inauguração de 10 SRT Descredenciamento do hospital psiquiátrico privado local da rede SUS Inauguração de um serviço de internação para adolescentes dependentes químicos (de difícil acesso e distando aproximadamente 20Km do centro urbano de Cuiabá) Inauguração de CAPS para adolescentes dependentes químicos Inauguração de CAPS II Aprovação do Decreto municipal nº 4232 de 17/11/2004 que cria o Programa de Saúde Mental - PSM no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS de Cuiabá Capacitação em Saúde Mental de 16 Equipes do Programa de Saúde da Família	Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal
2005	Aumento de aproximadamente 400% no número de leitos do hospital psiquiátrico público local Aprovação da Lei nº 8.302 em 18/03/2005 que cria o Centro Integrado de Assistência Psicossocial Dom Camilo Faresin no Município de Guiratinga. Fechamento e em seguida re-inauguração do serviço de internação para adolescentes dependentes químicos inaugurado em 2004	Estadual Estadual Municipal

Fonte: observação/participação das autoras e Diário Oficial do Estado de Mato Grosso.

- que a indignação cidadã pode, além de expressar, obter respostas. Somente nessa esfera a cultura da subalternidade, a submissão aos ditames do senhor pode mudar. Somente nessa esfera a transparência das ações públicas locais pode ser exigida, conhecida e alterada²⁹.

Percebe-se a importância desses acontecimentos, quer seja no sentido do avanço da política de reforma psiquiátrica, ou no sentido oposto, o retrocesso e fortalecimento de práticas manicomiais. Neste processo contraditório, constatam-se alguns movimentos rumo à desinstitucionalização ou desospitalização psiquiátrica (SRTs, CAPS), enquanto outros se constituíram frontalmente contrários a esse movimento (expansão do setor de internação psiquiátrica e a abertura de serviço de internação para dependentes químicos com características manicomiais).

Esses movimentos contraditórios são de fato estruturantes de todo processo de mudança social, que nunca se constitui linearmente, mas sempre atravessado por forças opostas num jogo político que, nesse caso, mantém a hegemonia das instâncias do poder executivo estadual e municipal em face da precariedade das organizações comunitárias de participação e controle social. Destaca-se o fato de que essas contradições estão presentes em todo o processo de participação social analisado, ou seja, a participação e o controle social não foram incorporados – porque sequer foram demandados – nos processos decisórios. Elas se constituíram de modo marginal ao poder instituído, fortemente presente no executivo.

Destaca-se também o caráter aparentemente aleatório, de implantação e fechamento de serviços, que não apresenta correspondência com a construção da reforma psiquiátrica. A criação e a extinção de serviços não ocorreram a partir de uma demanda dos representantes da população em espaços coletivos de decisão. Foram sempre emanados de processos de gestão e passaram ao largo desses espaços coletivos.

Ainda que predomine esta concepção primária de controle social, que torna a participação alvo do Estado – portador da verdade técnica e do poder decisório e executivo – os grupos sociais não deixaram de reagir por meio de uma “contra participação” com caráter de resistência, como ocorrido por exemplo, na revolta da vacina no Rio de Janeiro³⁰. Como exemplos de “contra participação” ou resistência ao autoritarismo, observou-se em Cuiabá alguns movimentos:

a) Nos anos noventa, quando trabalhadores da saúde mental se juntaram a iniciativa de professores do Núcleo de Estudos em Saúde Mental (NESM-

MT) da Faculdade de Enfermagem (FAEN)-UFMT e realizaram o I e II Encontro de Saúde Mental de Mato Grosso, cujo objetivo era o de oportunizar uma discussão que culminasse em ações concretas para a implantação de um política de saúde mental em Mato Grosso, que resultou na constituição de um grupo que apresentou ao CMS um estudo sobre a assistência psiquiátrica em Cuiabá e, após algumas discussões, em 1995, este conselho aprovou uma proposta de política de saúde mental, orientada pelos princípios da reforma psiquiátrica¹⁵;

b) Em 2005, diante da ameaça de abertura de um hospital psiquiátrico, novamente um movimento de contra participação foi percebido sob a condução de uma entidade representativa de trabalhadores da saúde (Conselho Regional de Serviço Social). Por meio da discussão ampliada com outros segmentos, o gestor foi chamado a dar esclarecimentos através de audiência pública e ainda que tenha afirmado dar continuidade ao projeto já transformado em lei, não se tem registros de sua concretização;

c) Também em 2005 houve a instalação do Fórum Permanente de Saúde Mental de Mato Grosso, originado no III Curso de Especialização em Saúde Mental do NESM-MT/FAEN-UFMT e que reúne profissionais e demais interessados em torno dos princípios do movimento de luta antimanicomial.

O enfrentamento dessas situações de poder político diferenciado e exercício de cidadania remete-nos à questão dos direitos no campo da saúde mental. Na lida cotidiana com nossa vida, doentes ou não, somos seres humanos diferentes e, portanto, é necessário reconhecer essa diferença sem inscrevê-la como desqualificação. Temos direito à diferença e devemos nos garantir, ao mesmo tempo, igualdade de direitos na medida em que desejamos e ousamos que assim o seja. *Somos iguais porque desejamos sé-lo [...] aqui, como em toda justa política, o direito não é um benefício recebido por vítimas, mas uma conquista efetuada por cidadãos, não é uma esmola medida pelo que não temos, mas o presente sem preço que nos damos [...] Uma sociedade sem manicomios não é uma meta situada no futuro, a uma distância segura de nós, não é um equilíbrio a ser alcançado, nem será jamais uma contradição a ser resolvida. Uma sociedade tal é o convívio que ousamos produzir, a luta que sabemos enfrentar - já e não um dia³¹.*

A participação nos espaços de decisão, que nos constitui como cidadãos e, nesse sentido, como seres humanos “iguais” socialmente, é uma conquista a ser realizada cotidianamente na arena política dos serviços de saúde e dos espaços de parti-

cipação e controle social do SUS. É garantia de cuidado integrado e integrador do campo psíquico, nos processos terapêuticos realizados nos dispositivos de atenção psicossocial e está intrinsecamente ligada aos processos coletivos de participação e controle social no sistema de saúde.

Considerações finais

Conclui-se que o processo de mudança rumo à reforma psiquiátrica se conforma em Mato Grosso e Cuiabá como um novo desenho administrativo, de gestão, determinado pelos novos modelos de financiamento - redução de custos com internações e consequente desospitalização. Portanto, não há contradição na sua realização em processos de gestão centralizados, pois não resultam de crítica à lógica manicomial socialmente organizada e representada nas instâncias do SUS analisadas.

Embora legitimamente existam na área da saúde espaços privilegiados de controle social (conse-

lhos de saúde e conferências), os espaços estudados não têm se ocupado da política de saúde mental. Enquanto as instâncias formais de participação do SUS encontram-se esvaziadas do estabelecimento de diretrizes e do controle da execução da política de saúde mental, outros espaços, informais e "marginais" aos instituídos, se constroem no contexto local.

Ora, se existe uma crítica de que as fragilidades na participação social no Brasil ocorrem em função da cultura de não participar herdada do processo de colonização e ditadura, no campo da saúde mental, em Basaglia²⁴ encontramos o alerta para que não nos deixemos seduzir pelo caminho da homogeneização das diferenças, pela supremacia de uma tecnologia que se pretende solução para as contradições irreconciliáveis de nosso sistema social excluente e segregador. Assim, pois, ao pretendermos construir a reforma psiquiátrica, não é possível nos excluir dos processos participativos – concedidos, conquistados ou autorizados – na sociedade e especificamente no SUS.

Colaboradores

AGB Oliveira e ME Conciani participaram igualmente de todas as etapas da concepção e elaboração do presente estudo e artigo, sendo ambas autoras principais do mesmo.

Referências

1. Gerschman S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
2. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde mental em dados* 2006 [acessado 2006 mar 29]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mental/area.cfm?id_area=851
3. Amarante P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: Amarante P, organizador. *Archivos de saúde mental e atenção psicosocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003. p. 45-66.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Legislação em saúde mental 1990 - 2004*. 2006 [acessado 2006 mar 29]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Legislacao.pdf>
5. Freire FHMA, Ugá MAD, Amarante P. Os centros de atenção psicosocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: Amarante P, organizador. *Archivos de saúde mental e atenção psicosocial 2*. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2005. p. 113-142.
6. Resolução CIB nº 009/2001 de 25 de maio de 2001. Dispõe sobre a flexibilização do processo de implantação e implementação dos Centros de Atenção Psicosocial (CAPS) em Mato Grosso. *Diário Oficial do Estado de Mato Grosso* 2001; 18 jun.
7. Resolução CIB nº 001/2002 de 22 de março de 2002. Dispõe sobre a alteração de materiais permanentes para implantação e implementação dos Centros de Atenção Psicosocial (CAPS) em Mato Grosso. *Diário Oficial do Estado de Mato Grosso* 2002; 12 jun.
8. Portaria nº 047/SES/GS/2002 de 15 de abril de 2002. Dispõe sobre a Microrregionalização da saúde. *Diário Oficial do Estado de Mato Grosso* 2002; 13 mai.
9. Oliveira AGB, Alessi NP. *Superando o manicômio? Desafios na construção da reforma psiquiátrica*. Cuiabá: EdUFMT; 2005.
10. Concianni ME. *Conselho Gestor de Saúde: um estudo de caso da experiência do Sucuri* [monografia de curso de especialização]. Cuiabá (MT): Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Mato Grosso; 1998.
11. Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994. p.14-25.
12. Bordin R. *Definição de prioridades em saúde: os conselhos municipais de saúde e os critérios para hierarquização de prioridades*. Porto Alegre: Dacasa; 2002.
13. Cohn A. Estado, políticas públicas e saúde. In: Canesqui AM, organizadora. *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1997. p.157-172.
14. Silva IMF. *Conselhos de saúde: construindo uma nova linguagem*. Cuiabá: EdUFMT; 1998.
15. Rado MJS, Oliveira AGB, Santos JP, Vieira MAM, Andrade SMR, Gomes L. *Proposta de Política de Saúde Mental para o Município de Cuiabá*. Cuiabá: Conselho Municipal de Saúde; 1995. [Mimeo]
16. Oliveira AGB, Silva MA, Marcon SR. Atenção à saúde mental no nível primário: análise de uma experiência de integração ensino-serviço. *Coletânea de Enfermagem* 2000; 2(2):39-55.
17. Mato Grosso. *Conselho Estadual de Saúde*. 2006 [acessado 2006 jan 28]. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/site/arq_conselhoestadual.php
18. Oliveira AGB. *A reforma psiquiátrica em Cuiabá/MT: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental* [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
19. Lei Municipal nº 2.820 de 19 de dezembro de 1990. Regulamenta os Artigos 164 a 170 da Lei Orgânica do Município de Cuiabá referente à organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial de Cuiabá* 1990; 22 dez.
20. Lei Municipal nº 3.731 de 30 de março de 1998. Altera dispositivo da Lei Nº 2.820 de 19 de Dezembro de 1990 e dá outras providências. *Diário Oficial de Cuiabá* 1998; 02 abr.
21. Saes D. *República do capital: capitalismo e processo político no Brasil*. São Paulo: Boitempo; 2001.
22. Demo P. *Cidadania tutelada e cidadania assistida*. Campinas: Autores Associados; 1995.
23. Carvalho JM. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.
24. Basaglia F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
25. Saraceno B, Asioli F, Tognoni G. *Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária*. São Paulo: Hucitec; 2001.
26. Saraceno B, Levav I, Kohn R. The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. *World Psychiatry* 2005; 4(3):181-185.
27. Thornicroft G, Tansella M. Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiologia e Psichiatria Social* 2005; 14(1):1-3.
28. Mato Grosso. Conselho Estadual de Saúde. *Anais da V Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso*. Cuiabá: Conselho Estadual de Saúde; 2003. [Mimeo]
29. Jovchelovitch M. O processo de descentralização e municipalização no Brasil. *Serviço Social & Sociedade* 1998; 56:34-49.
30. Carvalho AI. *Conselhos de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM; 1995.
31. Lobosque AM. *Clinica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond; 2003.