



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



João Mendes de Lima Júnior

**Análise da implantação da política de saúde mental na  
Bahia: o processo de transição do modelo assistencial entre  
2001 e 2021**

Salvador

2022

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Doutorando**  
João Mendes de Lima Júnior

**Análise da implantação da política de saúde mental na Bahia: o processo de  
transição do modelo assistencial entre 2001 e 2021**

Tese apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

**Área de Concentração:** Ciências Sociais em Saúde

**Linha de Pesquisa:** Saúde Mental

**Orientadora:**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté

Salvador  
2022

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

L732a Lima Júnior, João Mendes de.

Análise da implantação da política de saúde mental na Bahia: o processo de transição do modelo assistencial entre 2001 e 2021 / João Mendes de Lima Júnior. – Salvador: J.M. Lima Júnior, 2022.

535 f : il.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.

Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Política de Saúde Mental. 2. Reforma Psiquiátrica Brasileira.  
3. desinstitucionalização. 4. Modelo de Atenção em Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I.  
Título.

CDU 616.89

---



Universidade Federal da Bahia  
 Instituto de Saúde Coletiva  
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

JOÃO MENDES DE LIMA JÚNIOR

**Análise da implantação da política de saúde mental na Bahia: o processo de transição do modelo assistencial entre 2001 e 2021.**

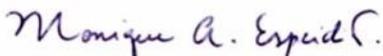
A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

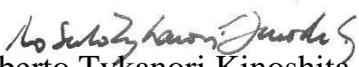
Data de defesa: 16 de maio de 2022.

Banca Examinadora:

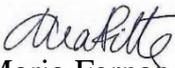
  
 Profa. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté - Orientadora – ISC/UFBA

  
 Prof. Luís Eugenio Portela Fernandes de Souza - ISC/UFBA

  
 Profa. Monique Azevedo Esperidião - ISC/UFBA

  
 Prof. Roberto Tykanori Kinoshita – UNIFESP

  
 Profa. Ana Paula Freitas Guljor – ENSP/FIOCRUZ

  
 Profa. Ana Maria Fernandes Pitta – UCSAL

Salvador

2022

## Dedicatória

A Diane Neves e Lavina Neves, por terem estado comigo nas escolhas, nas turbulências e nas alegrias desse percurso. Se houve conquista, ela só aconteceu porque a construímos juntas.

A meus pais, João Lima e Zelita Feitosa, guardiões da esperança das apostas que faço.

## Agradecimentos

Aos colegas da turma do doutorado, pelo apoio, cordialidade, confiança e compromisso com um mundo com a transformação social. Em especial, agradeço a Emanuelle Silva, Fernanda Rodrigues, Gabriela Silva, Jarlan Miranda, Leonildo Severino, Priscila Coimbra, Renan Rocha, Rogério Cunha, Silier Andrade, Silvia Bittencourt, Taynar de Cássia.

Aos colegas do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde Mental (NISAM)/ISC/UFBA, pela implicação com a política de saúde mental e pela excelência da produção teórica. Aos do começo: Adilane dos Santos, Alessivânia Mota, Caliandra Machado, Clarice Portugal, Claudia Miranda, Gustavo Cerqueira, Jarlan Miranda, Martin Mezza, Priscila Coimbra, Renan Rocha, Silvia Bittencourt. Aos de agora: Chaiane Santos, Felipe Lobo, Graça Vianna, Iago Lôbo, Isabel Angelim, Lais Chagas, Lua Dultra, Vanessa Rocha.

Aos amigos da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, pela parceria, pelo incentivo, pelos sonhos comuns; em especial: Djanilson Barbosa, Dayse Vital, Eder Rodrigues, Emerson Santa Barbara, Givanildo Bezerra, Heleni Ávila, Josele de Farias, Paloma Pinho, Urbanir Rodrigues, Willian Tito, Rafael Coelho. Completando a lista, os colegas que já passaram pela UFRB, Anderson Funai, Suely Aires, Vânia Sampaio.

A equipe de Secretaria do PPGSC/UFBA, por toda dedicação e presteza, particularmente a Carla Nery, Luan Oliveira.

Aos docentes do PPGSC/UFBA, especialmente: Carmem Teixeira, Catarina Matos, Jairnilson Paim, Jorge Iriart, Leny Trad, Lígia Maria, Litza Andrade, Luis Eugênio, Marcelo Castelhanos, Monique Azevedo.

Aos colegas dos coletivos, grupos de trabalho e da militância da luta antimanicomial em Salvador: Aladilce Souza, Antônio Nery Filho, Célia Alexandria, Fabiana Miranda, Patrícia Flach, Renata Pimentel, Victor Brandão.

Aos colegas do Coletivo Baiano de Luta Antimanicomial, Coletivo Feirense de Luta Antimanicomial, RAPS Recôncavo, Frente RAPS Bahia, Coletivo Intercambiantes Brasil.

A Ana Santos, Eduardo Cálige, Fabrício Carvalho, Girlene Almeida, Helisleide Bonfim, Iracy Andrade, Sergio Pinho, Eduardo Araújo (*in memória*), Florisvaldo (*in memória*), Josuelinton Santos (*in memória*) e a todos os demais “agentes da antítese” que diariamente nos ensinam que há vida além dos diagnósticos.

A Rosemeire Cardoso, Nairan Morais, Eroy Silva, pelo estímulo, pelas conversas sobre o tema, pela disposição de atravessar desafios, pela convicção de que recuar não é uma alternativa no repertório da luta contra as opressões.

A Déborah Santos, Eliana Brito, Francisco Cordeiro, Heleni Ávila, Jéssica Janai, Marcelo Kimati, Renata Weber, Rosimeira Delgado, Tácio Almeida. Não se faz pesquisa sem interlocução e sem compartilhamento de fontes. Pude extrair de vocês informações fundamentais para o balizamento dessa pesquisa.

A Marcus Vinícius de Oliveira (*in memória*) que, em longas conversas que tivemos em Ilhéus e em Brasília, conseguiu me convencer que, ao invés de investigações exclusivamente conceituais/epistemológicas, nossa política de saúde mental estava demandando investigações empíricas. Precisei de quase dois anos para assimilar os sentidos daquelas observações.

A Edna Amado que, com amor em seu nome, é generosa e intransigente na defesa da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como ela mesma diz: radical. Edna é a memória e a

motivação das lutas antimanicomiais da Bahia há várias gerações. Em seus registros, há todas as disputas do campo, seja em forma de memória, seja em forma de arquivo pessoal.

A Ana Pitta, sempre generosa e motivadora. Desde os primeiros achados Ana os reconhecia e os comparava com os processos da construção da política. Ao longo dessa pesquisa, pude compartilhar sua fé, suas angústias, suas incertezas, suas memórias e seu inesgotável desejo de um mundo justo, livre, democrático, humanizado e antimanicomial.

A Sônia Barros, que foi decisiva quando busque uma das informações mais especiais para produzir uma certa antítese. Sônia se dispôs a fazer contatos nacionais e internacionais para, definitivamente, buscar a informação precisa sobre o tema em particular.

Aos colegas da diertoria Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) [de 2018 a 2022], com quem pude partilhar os sonhos de uma política pública de saúde mental fundamentada em valores inegociáveis como a dignidade humana, a justiça social, a liberdade e a democracia.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), pelo apoio financeiro para a realização desse estudo.

As professoras Ana Maria Fernandes Pitta, Ana Paula Guljor, Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza, Monique Azevedo Esperidião e Roberto Tykanori Kinoshita pelas importantes contribuições, comentários e sugestões para essa tese.

A Maurice de Torrenté, que em vários momentos me emprestou sua distinta capacidade crítica, seu olhar atento aos detalhes sobre o objeto, o método, os pontos e contrapontos teóricos, desde o momento da apresentação do projeto.

A Mônica Nunes, minha querida orientadora, a quem sou profundamente grato. Mônica é uma combinação de ciência e militância caminhando juntas, com status de excelência em qualquer das faces. Com ela aprendi que é possível ser carinhoso e carismático, mesmo nos espaços institucionais de alta exigência. Sua escuta atenta, quase terapêutica, e seus sábios apontamentos diminuíram todo o fardo da produção de uma pesquisa em tempos distópicos como o que vivemos. Admiração e gratidão são as duas palavras que sintetizam meu sentimento.

A todos os amigos e familiares que colaboraram para que os últimos 1.461 dias da minha vida fossem dedicados integralmente à essa pesquisa.

Por isso o nosso discurso antiinstitucional, antipsiquiátrico (isto é, antiespecialístico), não pode restringir-se ao terreno específico de nosso campo de ação. O questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam, levando-nos a uma crítica da neutralidade científica – que atua como sustentáculo dos valores dominantes -, para depois tornar-se crítica e ação política

(Franco Basaglia. A Instituição Negada. 1985)

El proceso de desinstitucionalización se vuelve entonces reconstrucción de la complejidad del objeto. El énfasis no se pone ya sobre el proceso de curación sino sobre el proyecto de “invención de la salud” y de “reproducción social del paciente”. Se alude a la escasa verosimilitud de nuestra ciencia. Si no existe solamente un mundo productivo definido en el que estar, no existe tampoco una salud, sino que existen miles.

(Franco Rotelli, Vivir sin manicômios. La experiencia de Trieste. 2014, p. 34)

### Resumo

Passados 20 anos da aprovação da Lei Federal 10.216, marco da reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil, faz-se necessária uma avaliação sobre a implantação da política de saúde mental, álcool e outras drogas na Bahia. Importa saber como ocorreu a implantação dessa política, quais as características do contexto, qual a dinâmica e quais resultados foram alcançados. Esse estudo objetivou ‘analisar a implantação da política de saúde mental entre 2001 e 2021 considerando a transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo de atenção psicossocial, tendo como unidades de análise o contexto estadual da Bahia’. A reorientação do modelo assistencial teve como fundamento teórico-prático a ‘desinstitucionalização’, compreendida como um conjunto de ações administrativas, operacionais, gerenciais, interpessoais, que gradualmente modificam os modos de lidar com o louco e com a loucura. Essa pesquisa se caracteriza como um estudo de caso sobre a política de saúde mental da Bahia. Com uma metodologia descritivo-explicativa, fez-se uma combinação de dados quantitativos e qualitativos. Trabalhou-se uma triangulação de métodos. As principais fontes foram: leis e portarias, bancos de dados oficiais da política de saúde, instrumentos de gestão da saúde, arquivos de instituições do campo da saúde mental e consultas à órgãos públicos. Com base no modelo-lógico da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas de âmbito nacional (PSMAD), analisou-se duas dimensões: a *dimensão político-gerencial* e a *dimensão técnico-assistencial*. Averiguou-se os componentes da política e a imagem-objetivo preconizada, comparando o desfecho local e os parâmetros nacionais. Partiu-se da hipótese de que, na Bahia, a gestão estadual de saúde teve baixa capacidade de indução para implantação de uma política com a complexidade da PSMAD. A análise do ‘modelo político’ permitiu caracterizar o suporte que os agentes da implantação (operadores da política) ofereceram para a operacionalização desse processo. Os resultados apontam que a Bahia configurou um modelo híbrido, compósito, um combinado de paradigmas heterogêneos, onde os serviços comunitários, nascidos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, coexistem com antigos serviços como os hospitais psiquiátricos e as Comunidades Terapêuticas. Na dimensão técnico-assistencial, verificou-se avanços e insuficiências. Entre 2005 e 2021, a Bahia reduziu 80,11% dos leitos em hospitais psiquiátricos, ao tempo em que tem atualmente 264 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) habilitados em 211 municípios. Com isso, na Bahia, a média de CAPS por 100.000 habitantes é de 1,18, proporcionalmente maior que a média do Brasil, que era de 1,04 no ano de 2021. Entretanto, na Bahia há significativa insuficiência de muitos dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); há baixa cobertura de CAPS III, CAPS AD e CAPS IA. É também insuficiente o número de Unidades de Acolhimento, Centros de Convivência, empreendimentos de economia solidária em saúde mental, etc. Verificou-se baixa articulação entre os CAPS, os serviços da Atenção Básica e os serviços da Rede de Urgência e Emergência. Salvador tem média de cobertura de serviços de saúde mental abaixo da média do Brasil e da Bahia, além de ser baixa a integração entre os serviços existentes. Na dimensão político-gerencial, verificou-se que a gestão estadual de saúde teve baixa capacidade de ‘condução ou direção’ –capacidade de governo- para superar os impasses decorrentes da reorientação de um modelo assistencial com a complexidade da reforma psiquiátrica. Isso confirma a hipótese inicial. Mesmo reconhecendo as importantes transformações ocorridas nesse período, pode-se concluir que, na Bahia, a reorientação do modelo assistencial em saúde mental atualmente é um processo inacabado. A imagem-objetivo dessa política foi alcançada de modo parcial, com déficits em vários aspectos: cobertura assistencial, intersectorialidade, formação, diversificação da oferta, ações de reinserção psicossocial, etc. Sugere-se o aprimoramento dos dispositivos gerenciais e assistenciais para que se avance na mudança do paradigma da desinstitucionalização.

#### Palavras-Chave

Política de Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica Brasileira; Desinstitucionalização; Modelo de Atenção em Saúde; Sistema Único de Saúde

**Abstract**

After twenty years the approval of the Federal Law 10,216, a landmark of the reorientation of the mental health care model in Brazil, it is necessary to evaluate the implementation of the policy of mental health, alcohol and other drugs in Bahia. It is important to know how the implementation of this policy occurred, what were the characteristics of the context, what were the dynamics and what results were achieved. This study aimed to 'analyze the implementation of the mental health policy between 2001 and 2021, considering the transition from the hospital-centered model to the psychosocial care model, having as units of analysis the state context of Bahia'. The reorientation of the care model had as theoretical and practical foundation the 'deinstitutionalization', understood as a set of administrative, operational, managerial, interpersonal actions, which gradually modify the ways of dealing with the insane and with madness. This research is characterized as a case study on the mental health policy of Bahia. With a descriptive-explanatory methodology, we combined quantitative and qualitative data. A triangulation of methods was used. The main sources were: laws and ordinances, official health policy databases, health management instruments, archives of institutions in the mental health field, and consultations with public organs. Based on the logic model of the National Policy of Mental Health, Alcohol and other Drugs (PSMAD), two dimensions were analyzed: the political-managerial dimension and the technical-assistance dimension. The components of the policy and the advocated image-objective were analyzed, comparing the local outcome and the national parameters. It was assumed that, in Bahia, the state health management had low induction capacity to implement a policy with the complexity of the PSMAD. The analysis of the 'political model' allowed us to characterize the support that the agents of implementation (policy operators) offered for the operationalization of this process. The results indicate that Bahia has configured a hybrid model, composite, a combination of heterogeneous paradigms, where community services, born from the Brazilian Psychiatric Reform, coexist with old services such as psychiatric hospitals and Therapeutic Communities. In the technical-assistance dimension, there were advances and shortcomings. Between 2005 and 2021, Bahia reduced 80.11% of the beds in psychiatric hospitals, while it currently has 264 Centers for Psychosocial Attention (CAPS) enabled in 211 municipalities. Thus, in Bahia, the average number of CAPS per 100,000 inhabitants is 1.18, proportionally higher than the average in Brazil, which was 1.04 in the year 2021. However, in Bahia there is significant insufficiency of many of the services of the Psychosocial Care Network (RAPS); there is low coverage of CAPS III, CAPS AD, and CAPS IA. The number of Reception Units, Living Together Centers, mental health solidarity economy enterprises, etc. is also insufficient. It was verified a low articulation among the CAPS, the Primary Care services, and the Urgency and Emergency Network services. Salvador has an average coverage of mental health services below the average of Brazil and Bahia, besides the low integration among the existing services. In the political-managerial dimension, it was verified that the state health management had a low capacity of 'conduction or direction' -government capacity- to overcome the impasses resulting from the reorientation of a care model with the complexity of the psychiatric reform. This confirms the initial hypothesis. Even recognizing the important transformations that took place in this period, it can be concluded that, in Bahia, the reorientation of the mental health care model is currently an unfinished process. The image-objective of this policy was reached in a partial way, with deficits in several aspects: care coverage, intersectoriality, training, diversification of supply, psychosocial reinsertion actions, etc. It is suggested that the management and assistance devices be improved in order to advance in the change of the deinstitutionalization paradigm.

**Keywords**

Mental Health Policy; Brazilian Psychiatric Reform; Desinstitutionalization; Health Care Model; Unified Health System

## Resumen

Veinte años después de la aprobación de la Ley Federal 10.216, un hito de la reorientación del modelo de atención a la salud mental en Brasil, es necesario evaluar la aplicación de la política de salud mental, alcohol y otras drogas en Bahía. Es importante saber cómo se produjo la aplicación de esta política, cuáles son las características del contexto, cuál es la dinámica y qué resultados se obtuvieron. Este estudio tuvo como objetivo "analizar la implementación de la política de salud mental entre 2001 y 2021 considerando la transición del modelo hospitalocéntrico al modelo de atención psicosocial, teniendo como unidades de análisis el contexto estatal de Bahía". La reorientación del modelo de atención tuvo como fundamento teórico y práctico la "desinstitucionalización", entendida como un conjunto de acciones administrativas, operativas, gerenciales, interpersonales, que modifican paulatinamente las formas de lidiar con los locos y con la locura. Esta investigación se caracteriza por ser un estudio de caso sobre la política de salud mental de Bahía. Con una metodología descriptiva-explicativa, se realizó una combinación de datos cuantitativos y cualitativos. Se utilizó una triangulación de métodos. Las principales fuentes fueron: leyes y ordenanzas, bases de datos oficiales de política sanitaria, instrumentos de gestión sanitaria, archivos de instituciones del ámbito de la salud mental y consultas a organismos públicos. A partir del modelo lógico de la Política de Salud Mental, Alcohol y otras Drogas de ámbito nacional (PSMAD), se analizaron dos dimensiones: la político-gerencial y la técnico-asistencial. Se verificaron los componentes de la política y la imagen-objetivo defendida, comparando el resultado local y los parámetros nacionales. Se partió de la base de que, en Bahía, la dirección estatal de salud tenía poca capacidad de inducción para implementar una política con la complejidad del PSMAD. El análisis del "modelo político" permitió caracterizar el apoyo que los agentes de ejecución (operadores políticos) ofrecieron para la operatividad de este proceso. Los resultados señalan que en Bahía se configuró un modelo híbrido, compuesto, una combinación de paradigmas heterogéneos, en el que conviven servicios comunitarios, nacidos de la Reforma Psiquiátrica brasileña, con antiguos servicios como los hospitales psiquiátricos y las Comunidades Terapéuticas. En la dimensión de la asistencia técnica, hubo avances y deficiencias. Entre 2005 y 2021, Bahía redujo el 80,11% de las camas en los hospitales psiquiátricos, mientras que actualmente cuenta con 264 Centros de Atención Psicosocial (CAPS) habilitados en 211 municipios. Así, en Bahía, la media de CAPS por cada 100.000 habitantes es de 1,18, proporcionalmente superior a la media de Brasil, que era de 1,04 en 2021. Sin embargo, en Bahía hay una insuficiencia significativa de muchos servicios de la Red de Atención Psicosocial (RAPS); hay una baja cobertura de CAPS III, CAPS AD y CAPS IA. También es insuficiente el número de Unidades de Acogida, Centros de Convivencia, empresas de economía solidaria de salud mental, etc. Se verificó una baja articulación entre los CAPS, los servicios de Atención Primaria y los servicios de la Red de Urgencia y Emergencia. Salvador tiene una cobertura media de servicios de salud mental inferior a la media de Brasil y Bahía, además de la baja integración entre los servicios existentes. En la dimensión político-gerencial, se verificó que la gestión sanitaria estatal tuvo una baja capacidad de "conducción o dirección" -capacidad de gobierno- para superar los impasses resultantes de la reorientación de un modelo asistencial con la complejidad de la reforma psiquiátrica. Esto confirma la hipótesis inicial. Aun reconociendo las importantes transformaciones ocurridas en este período, se puede concluir que, en Bahía, la reorientación del modelo de atención a la salud mental es actualmente un proceso inacabado. La imagen-objetivo de esta política se alcanzó parcialmente, con déficits en varios aspectos: cobertura asistencial, intersectorialidad, formación, diversificación de la oferta, acciones de reinserción psicosocial, etc. Se sugiere mejorar los dispositivos de gestión y asistencia para avanzar en el cambio de paradigma de la desinstitucionalización.

## Palabras clave

Política de Salud Mental; Reforma Psiquiátrica Brasileña; Desinstitucionalización; Modelo de Atención Sanitaria; Sistema de Salud Unificado

## Lista de quadros, tabelas, gráficos, figuras, modelos e mapas

### Lista de Quadros

<b>Quadro 1</b> – Espaços exclusivos para alienados durante o Segundo Reinado (1852-1889)	52
<b>Quadro 2</b> – Evolução da criação de hospitais psiquiátricos na Bahia no século XX.....	70
<b>Quadro 3</b> – Evolução da Reforma Psiquiátrica nas legislações estaduais na década de 1990 .....	125
<b>Quadro 4</b> – Rede de Atenção Psicossocial de acordo com a portaria 3.088/2011 .....	135
<b>Quadro 5</b> – Distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil .....	140
<b>Quadro 6</b> - Portarias e decretos federais da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas de 2000 a 2021 .....	229
<b>Quadro 7</b> - Principais leis federais Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas de 2000 a 2021 .....	232
<b>Quadro 8</b> - Plano Estadual de Saúde 2008-2011 .....	420
<b>Quadro 9</b> - Agenda Estratégica da Saúde 2008.....	421
<b>Quadro 10</b> - Agenda Estratégica da Saúde 2009-2010 .....	428
<b>Quadro 11</b> - Programação Anual de Saúde 2011 .....	433
<b>Quadro 12</b> - Plano Estadual de Saúde 2012-2015.....	441
<b>Quadro 13</b> - Programação Anual de Saúde 2012 .....	443
<b>Quadro 14</b> - Regiões de Saúde com PAR aprovado em CIB e as pactuações existentes.	451
<b>Quadro 15</b> - Programação Anual de Saúde 2014 .....	453
<b>Quadro 16</b> - Programação Anual de Saúde 2015 .....	458
<b>Quadro 17</b> - Planejamento Estadual de Saúde 2016-2019 .....	464
<b>Quadro 18</b> - Programação Anual de Saúde 2016 .....	465
<b>Quadro 19</b> - Índice de alcance das metas de saúde mental penejadas para 2016.....	467
<b>Quadro 20</b> - Programação Anual de Saúde 2017 .....	469
<b>Quadro 21</b> - Índice de alcance das metas de saúde mental penejadas para 2017.....	471
<b>Quadro 22</b> - Programação Anual de Saúde 2018 .....	473
<b>Quadro 23</b> - Índice de alcance das metas de saúde mental penejadas para 2018.....	475
<b>Quadro 24</b> - Programação Anual de Saúde 2019 .....	476
<b>Quadro 25</b> - Índice de alcance das metas de saúde mental penejadas para 2019.....	479
<b>Quadro 26</b> - Índice de alcance das metas de saúde mental previstas no PES 2016-2019	482
<b>Quadro 27</b> - Plano Estadual de Saúde 2020-2023.....	484
<b>Quadro 28</b> -Metas de saúde mental previstas para 2020 e 2021 .....	485

### Lista de Gráficos

<b>Gráfico 1</b> – Evolução dos Hospitais Psiquiátricos antes da Ref. Psiquiátrica no Brasil ....	62
<b>Gráfico 2</b> – Número de hospitais psiquiátricos existentes até o final da década de 1990 .....	223
<b>Gráfico 3</b> – Série histórica do número de CAPS até o ano 2000.....	226
<b>Gráfico 4</b> - Evolução dos Hospitais Psiquiátricos de 1941 a 2021.....	233
<b>Gráfico 5</b> - Série histórica da oferta de leito psiquiátrico SUS no Brasil de 1996 a 2021 .....	238
<b>Gráfico 6</b> - Série histórica da oferta de leito psiquiátrico SUS e não-SUS no Brasil de 2005 a 2021.....	241

<b>Gráfico 7</b> - Internações por Capítulo CID-10 V – Transtorno Mental e Comportamental de 1998 a 2021 no Brasil .....	244
<b>Gráfico 8</b> - Série histórica da oferta de leito clínico em saúde mental de 2012 a 2021 ...	248
<b>Gráfico 9</b> - Série histórica da oferta de leito em hospitais dia para a saúde mental de 2005 a 2021.....	249
<b>Gráfico 10</b> - Série histórica da habilitação de CAPS no Brasil .....	260
<b>Gráfico 11</b> - Diferença entre nº de CAPS credenciado X nº CAPS habilitado no Brasil.	261
<b>Gráfico 12</b> - Incremento anual de habilitação de CAPS no Brasil .....	262
<b>Gráfico 13</b> - Distribuição dos CAPS por tipo no Brasil .....	263
<b>Gráfico 14</b> - Série histórica da habilitação de SRT no Brasil.....	285
<b>Gráfico 15</b> - Série histórica de beneficiários do PVC no Brasil .....	286
<b>Gráfico 16</b> - Série histórica da oferta de leito psiquiátrico SUS na Bahia de 2005 a 2021 (código 47).....	318
<b>Gráfico 17</b> - Série histórica da oferta de leito psiquiátrico SUS e não-SUS na Bahia de 2005 a 2021 (código 47).....	319
<b>Gráfico 18</b> - Série histórica da oferta de leito em hospital psiquiátrico SUS na Bahia de 2005 a 2021 .....	320
<b>Gráfico 19</b> - Internações por Capítulo CID-10 V – Transtorno Mental e Comportamental de 1994 a 2020 na Bahia.....	321
<b>Gráfico 20</b> - Série histórica comparada da produção hospitalar em hospital psiquiátrico e hospital geral SUS na Bahia de 2008 a 2020 .....	324
<b>Gráfico 21</b> - Pirâmide etária da Bahia em 2020 .....	333
<b>Gráfico 22</b> - Série Histórica da Expectativa de vida na Bahia .....	333
<b>Gráfico 23</b> - Série histórica da habilitação de CAPS na BA .....	352
<b>Gráfico 24</b> - Incremento anual de habilitação de CAPS na Bahia.....	353
<b>Gráfico 25</b> - Distribuição dos CAPS por tipo na Bahia.....	356
<b>Gráfico 26</b> - Proporção de cobertura populacional estimada de Saúde da Família, Bahia, Nordeste e Brasil entre 2007e 2020 .....	369
<b>Gráfico 27</b> - Proporção de cobertura populacional estimada de Saúde da Família por macrorregião de saúde da Bahia em 2020 .....	370
<b>Gráfico 28</b> - Comparação do indicador de cobertura de CAPS – SSA/BA/BR .....	394

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> – Leitos Psiquiátricos credenciados na Bahia entre 1990 e 2005 .....	73
<b>Tabela 2</b> - Distribuição dos leitos psiquiátricos no Brasil [Cód. 47] em junho de 2021 ..	237
<b>Tabela 3</b> - Distribuição dos leitos da PNSMAD por tipo de estabelecimento no Brasil..	246
<b>Tabela 4</b> - Distribuição dos leitos da PNSMAD por segmento e por natureza .....	247
<b>Tabela 5</b> - Tempo de Permanência de acordo com a CID-10 entre 2000 e 2020 no Brasil .....	250
<b>Tabela 6</b> - Estimativa da capacidade instalada dos CAPS no Brasil .....	265
<b>Tabela 7</b> - Quantidade de RAAS – psicossocial entre 2013 e 2020 .....	266
<b>Tabela 8</b> - Quantidade de procedimentos ambulatoriais realizados pela RAPS entre 2013 e 2020 no Brasil.....	268
<b>Tabela 9</b> - Série histórica da implantação das Equipes e Estratégias de Saúde da Família no Brasil de 2010 a 2020 .....	272
<b>Tabela 10</b> - Série histórica da implantação das Equipes de Consultórios na Rua .....	274
<b>Tabela 11</b> - Série histórica da implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família...	274
<b>Tabela 12</b> - Série histórica da implantação das EMAESM .....	277
<b>Tabela 13</b> - Unidades de Acolhimento no Brasil.....	279

<b>Tabela 14</b> - Vagas em Comunidades Terapêuticas - SENAPRED.....	281
<b>Tabela 15</b> - Comparação entre número de empreendimentos de geração de renda em saúde mental cadastrados e número de CAPS habilitados entre 2005 e 2015.....	289
<b>Tabela 16</b> - Distribuição de Leitos em Salvador entre 1971 e 1981.....	309
<b>Tabela 17</b> - Indicadores de Leitos Psiquiátrico na Bahia – (Leito código 47) .....	314
<b>Tabela 18</b> - Indicador de leitos de Saúde Mental na Bahia (Leito código 73 - Saúde Mental – Hospital-Dia).....	315
<b>Tabela 19</b> - Indicador de leitos de Saúde Mental na Bahia (código 87 - Leito Clínico) ..	316
<b>Tabela 20</b> - Distribuição dos leitos por tipo de estabelecimento na Bahia - 2020.....	316
<b>Tabela 21</b> - Tempo de Permanência, de acordo com a CID-10, entre 2000 e 2020 na Bahia .....	326
<b>Tabela 23</b> - Série histórica de nascidos vivos na Bahia.....	334
<b>Tabela 24</b> - Indicador de taxa de ocupação laboral na Bahia .....	337
<b>Tabela 25</b> - Indicador da força de trabalho e condição na ocupação na Bahia.....	338
<b>Tabela 26</b> - Pessoas ocupadas por posição na ocupação, setor e categoria do emprego no trabalho principal na Bahia.....	338
<b>Tabela 28</b> - Distribuição de CAPS e cobertura proporcional por Microrregião de saúde na Bahia .....	358
<b>Tabela 29</b> - Estimativa da capacidade instalada dos CAPS na Bahia.....	361
<b>Tabela 30</b> - Quantidade de RAAS – psicossocial entre 2013 e 2020 na Bahia .....	362
<b>Tabela 31</b> - Quantidade de procedimentos ambulatoriais realizados pela RAPS entre 2013 e 2020 na Bahia .....	363
<b>Tabela 32</b> - Série histórica da implantação das Equipes e Estratégias de Saúde da Família na Bahia de 2010 a 2020 .....	368
<b>Tabela 33</b> - Série histórica da implantação das Equipes de Consultórios na Rua na Bahia .....	371
<b>Tabela 34</b> - Série histórica da implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família na Bahia .....	372
<b>Tabela 35</b> - Implantação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental na Bahia.....	373
<b>Tabela 36</b> - Série Histórica da implantação das Unidades de Acolhimento na Bahia.....	374
<b>Tabela 37</b> - Comunidades Terapêuticas – SJDHDS-BA .....	378
<b>Tabela 38</b> - Série histórica da habilitação de SRT na Bahia .....	380
<b>Tabela 39</b> - Série histórica da habilitação de SRT por Municípios na Bahia.....	381
<b>Tabela 40</b> - Unidades de Pronto Atendimento na Bahia em 2020.....	383
<b>Tabela 41</b> - Distribuição da população de Salvador por raça e sexo .....	385
<b>Tabela 42</b> - Componentes e Pontos de Atenção da RAPS de Salvador em 2021.....	387
<b>Tabela 43</b> - Distribuição dos serviços especializados por distrito sanitário em Salvador	388
<b>Tabela 44</b> - SRT habilitadas em Salvador .....	395
<b>Tabela 45</b> - Série histórica da expansão da Atenção Básica em Salvador .....	397
<b>Tabela 46</b> - Série histórica do matriciamento para a RUE em Salvador .....	403
<b>Tabela 47</b> - Série histórica do matriciamento para a Atenção Básica em Salvador .....	405
<b>Tabela 48</b> - Série histórica da habilitação de CAPS AD (tipo II e III) na Bahia de 2012 a 2021.....	447

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b> – Tipologia de análise .....	153
<b>Figura 2</b> – Pesquisa avaliativa .....	154
<b>Figura 3</b> – Triângulo de Governo .....	161
<b>Figura 4</b> – Modelo teórico-metodológico.....	164
<b>Figura 5</b> - Síntese do modelo-lógico da política de saúde mental, álcool e outras drogas	168
<b>Figura 6</b> - Modelo Lógico da Política de Saúde Mental ( <i>dimensão político-gerencial</i> ) ..	172
<b>Figura 7</b> -Modelo Lógico da Política de Saúde Mental ( <i>dimensão técnico-assistencial</i> ).173	173
<b>Figura 8</b> - Pirâmide da organização ideal do mix de serviços de saúde mental -.....	256
<b>Figura 9</b> - Rede de atenção à saúde mental - SUS.....	257
<b>Figura 10</b> - Componentes e Interfaces da RAPS .....	258
<b>Figura 11</b> - Proporção de CAPS por região do Brasil .....	269
<b>Figura 12</b> - Estrutura do ‘Programa Bahia Saldável’ no âmbito da política de saúde.....	440
<b>Figura 13</b> - Matriz Estratégica do SUS na Bahia 2012-2015 .....	440

## Mapas

<b>Mapa 1</b> - Regiões de Saúde do Estado da Bahia - PDR 2007 .....	344
<b>Mapa 2</b> - Distribuição dos CAPS por município na Bahia.....	364

## Lista de Siglas e Abreviaturas

Sigla	Descrição Completa
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>ACP</b>	Ação Civil Pública
<b>AI</b>	Atos Institucionais
<b>AIH</b>	Autorização de Internamento Hospitalar
<b>APB</b>	Associação Psiquiátrica da Bahia
<b>ABP</b>	Associação Brasileira de Psiquiatria
<b>ABRASCO</b>	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
<b>ABRASME</b>	Associação Brasileira de Saúde Mental
<b>AMEA</b>	Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares dos serviços de saúde mental da Bahia
<b>ALBA</b>	Assembleia Legislativa da Bahia
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>ATSM</b>	Área Técnica de Saúde Mental
<b>BPA</b>	Boletim de Procedimento Ambulatorial
<b>BPC</b>	Benefício de Prestação Continuada
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
<b>CES</b>	Conselho Estadual de Saúde
<b>CETAD</b>	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
<b>CFM</b>	Conselho Federal de Medicina
<b>CGSMAD</b>	Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
<b>CID-10</b>	Classificação Internacional das Doenças
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
<b>CIB</b>	Comissão Intergestores Bipartite
<b>CIT</b>	Comissão Intergestores Tripartite
<b>CIPAD</b>	Comissão Interinstitucional de Planejamento e Acompanhamento da Desinstitucionalização
<b>CNSM</b>	Conferência Nacional de Saúde Mental
<b>CNS</b>	Conferências Nacionais de Saúde
<b>CNRS</b>	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
<b>CONEN</b>	Conselho Estadual de Entorpecentes
<b>CPP-II</b>	Centro Psiquiátrico Pedro II
<b>CRE-TEA</b>	Centro de Referência Estadual de Transtorno do Espectro Autista
<b>CREMEB</b>	Conselho Regional de Medicina da Bahia
<b>CRR</b>	Centro Regional de Referência para Educação Permanente em Política sobre Drogas
<b>DGC</b>	Diretoria de Gestão do Cuidado
<b>DINSAM</b>	Divisão Nacional de Saúde Mental
<b>DPU</b>	Defensoria Pública da União
<b>DS</b>	Distrito Sanitário
<b>ESBA</b>	Escola de Saúde Pública da Bahia
<b>EJA</b>	Educação de Jovens e Adultos
<b>EMAESM</b>	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental
<b>eCR</b>	Equipe de Consultório de/na Rua

<b>ESF</b>	Equipes de Saúde da Família
<b>FBH</b>	Federação Brasileira dos Hospitais
<b>FEBRACT</b>	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
<b>FES</b>	Fundo Estadual de Saúde
<b>FMS</b>	Fundo Municipal de Saúde
<b>FETEB</b>	Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil
<b>FIOCRUZ</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>FNS</b>	Fundo Nacional de Saúde
<b>FUNAD</b>	Fundo Nacional AntiDrogas
<b>FUNDAC</b>	Fundação da Criança e do Adolescente
<b>GM</b>	Gabinete do Ministro da Saúde
<b>HCT</b>	Hospital de Custódia e Tratamento
<b>IAP</b>	Institutos de Aposentadoria e Pensão
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>IDHM</b>	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>IPEA</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<b>MNLA</b>	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
<b>MPAS</b>	Ministério da Previdência e Assistência Social
<b>MPC-BA</b>	Ministério Público de Contas da Bahia
<b>MPE</b>	Ministério Público Estadual
<b>MPU</b>	Ministério Público da União
<b>MTSM</b>	Movimento Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental
<b>NAPS</b>	Núcleos de Atenção Psicossocial
<b>NASF</b>	Núcleos de Apoio ao Saúde da Família
<b>OAB</b>	Ordem dos Advogados do Brasil
<b>OCDE</b>	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>OPAS</b>	Organização Panamericana de Saúde
<b>PAR</b>	Planos de Ação Regionais
<b>PAS</b>	Planejamento Anual de saúde / Programação Anual de Saúde
<b>PDR</b>	Plano Diretor de Regionalização
<b>PES</b>	Plano Estadual de Saúde
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PIC</b>	Práticas Integrativas Complementares
<b>PIECOD</b>	Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas
<b>PISAM</b>	Plano Integrado de Saúde Mental
<b>PMAQ-AB</b>	Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
<b>PMS</b>	Plano Municipal de Saúde
<b>PNUD</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<b>PND</b>	Plano Nacional de Desenvolvimento
<b>PNAD</b>	Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar
<b>PNASH</b>	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
<b>PNSMAD</b>	Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

<b>PPA</b>	Plano de Pronta Ação
<b>PVC</b>	Programa de Volta para Casa
<b>RAPS</b>	Rede de Atenção Psicossocial
<b>RAG</b>	Relatório Anual de Gestão
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>RAAS</b>	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
<b>RENILA</b>	Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial
<b>RPB</b>	Reforma Psiquiátrica Brasileira
<b>RUE</b>	Rede de Urgência e Emergência
<b>SAIS</b>	Superintendência de Atenção Integral à Saúde
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SCDH</b>	Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos
<b>SESAB</b>	Secretaria de Saúde da Bahia
<b>SENAD</b>	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
<b>SENAES</b>	Secretaria Nacional de Economia Solidária
<b>SENAPRED</b>	Secretaria Nacional de Cuidado e Prevenção às Drogas
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SNEM</b>	Serviço Nacional de Enfermidades Mentais
<b>SIA</b>	Sistema de Informação Ambulatorial
<b>SIH</b>	Sistema de Informação Hospitalar
<b>SILOS</b>	Sistemas Locais de Saúde
<b>SINPAS</b>	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
<b>SINASC</b>	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
<b>SISNAD</b>	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
<b>SJDHDS</b>	Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social - Bahia
<b>SRT</b>	Serviço Residencial Terapêutico
<b>SUDH</b>	Superintendência de Apoio e Defesa aos Direitos Humanos - Bahia
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SUPRAD</b>	Superintendência de Políticas Sobre Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis da Bahia
<b>UA</b>	Unidade de Acolhimento
<b>UFBA</b>	Universidade Federal da Bahia
<b>TAC</b>	Termo de Ajuste de Conduta
<b>TCU</b>	Tribunal de Contas da União

# Sumário

<b>1 - Introdução</b> .....	1
<b>2 - Objetivos</b> .....	14
<b>3 – Referencial teórico-conceitual</b> .....	15
3.1 - A loucura e as instituições: sentidos, práticas, lugares e metamorfoses .....	15
3.2 - A assistência psiquiátrica no Brasil: da influência francesa à influência italiana ..	42
3.3 - Uma breve história da assistência psiquiátrica na Bahia.....	64
3.4 - Reformas Psiquiátricas do século XX no mundo e no Brasil: histórias, propósito, conceitos e normatizações .....	74
3.4.1 - A Reforma Psiquiátrica Italiana: da desmontagem da instituição à invenção da saúde.....	87
3.4.2 - A Reforma Psiquiátrica Brasileira e o modelo de atenção psicossocial .....	100
<b>4 – Hipótese</b> .....	142
<b>5 - Metodologia</b> .....	144
5.1 - Fundamentação teórico-metodológica.....	144
5.1.1 - A avaliação de políticas de saúde .....	144
5.1.2 - Tipologia de análise: Pesquisa avaliativa sobre políticas sociais .....	149
5.1.3 - Sobre a Análise da Implantação .....	151
<i>Contexto da implantação</i> .....	155
5.1.4 - O Triângulo de Governo .....	159
5.2 - Delineamento metodológico do estudo .....	164
5.2.1 - Desenho do estudo .....	165
5.2.2 - Estudo de caso .....	165
5.2.3 - Nível e escopo da avaliação.....	166
5.2.4 - Características ou atributos do estudo .....	166
5.2.5 - Dimensão, subdimensões e componentes da PNSMAD .....	166
5.2.6 - Critérios, indicadores, matriz diagnóstica da RAPS.....	168
5.2.7 - O modelo-lógico da Política de Saúde Mental .....	170
5.3 - Coleta de dados.....	174
5.3.1 - 1ª fase.....	175
<b>Pesquisa documental: dinâmica da oferta da assistência hospitalar em psiquiatria e evolução da implantação dos serviços substitutivos na Bahia entre 2001 e 2021</b> .....	175
<i>Plano de análise documental</i> .....	177
5.3.2 - 2ª fase.....	178
<b>Pesquisa avaliativa: análise do processo de implantação da política de saúde mental na Bahia, segundo os agentes sociais do campo da Saúde Mental...</b> 178	
<b>6 – Aspectos Éticos da Pesquisa</b> .....	180
<b>7 – Conservação e mudança no campo da saúde mental, da assistência hospitalar aos serviços substitutivos: paradigmas, contextos e o ‘espaço dos possíveis’</b> .....	181
7.1 - Caracterização da assistência psiquiátrica hospitalar entre 2001 a 2021: Panorama da reorientação do modelo assistencial no Brasil .....	221
7.1.1 - As mudanças na assistência hospitalar no Brasil entre 2000 e 2021 .....	228
7.1.2 - Breves reflexões sobre a redução de leitos psiquiátricos como diretriz da política de saúde mental no Brasil .....	250
7.2 - A reorientação do modelo assistencial em saúde mental: a Rede de Atenção Psicossocial no Brasil .....	253
7.2.1 - Atenção Psicossocial Especializada .....	259
<i>Indicador de incremento de CAPS no Brasil</i> .....	261

<i>Tipificação dos CAPS no Brasil</i> .....	262
<i>Indicador de Cobertura dos CAPS no Brasil</i> .....	263
<i>Indicador de Produção da RAPS no Brasil</i> .....	266
7.2.2 - Atenção Básica .....	269
<i>Estratégia de Saúde da Família no Brasil</i> .....	269
<i>Consultório de/na Rua no Brasil</i> .....	273
<i>Núcleo de Apoio a Saúde da Família no Brasil</i> .....	274
<i>Eq. Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental no Brasil</i> .....	275
7.2.3 - Atenção Residencial de Caráter Transitório .....	278
<i>Unidades de Acolhimento no Brasil</i> .....	278
<i>Comunidades Terapêuticas no Brasil</i> .....	279
7.2.4 - Estratégia de Desinstitucionalização .....	283
<i>Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil</i> .....	283
7.2.5 - Reabilitação Psicossocial .....	286
7.3 - Considerações sobre a reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil .....	291
<b>8 – Caracterização da política de saúde mental na Bahia: passado e presente do modelo assistencial</b> .....	299
8.1 - As mudanças na assistência hospitalar na Bahia entre 2001 e 2021 .....	317
8.2 - A Política de desinstitucionalização na Bahia a partir de 2017 .....	326
8.3 - Panorama do contexto demográfico, social, econômico e a regionalização da saúde da Bahia .....	331
8.3.1 - Dados Demográficos .....	331
8.3.2 - Dados Econômicos .....	334
8.3.3 - A Regionalização da Saúde na Bahia .....	343
8.4 - A reorientação do modelo assistencial em saúde mental: a Rede de Atenção Psicossocial na Bahia .....	346
8.4.1 - Atenção Psicossocial Especializada .....	350
<i>Indicador de incremento de CAPS na Bahia</i> .....	352
<i>Tipificação dos CAPS na Bahia</i> .....	354
<i>Indicador de Cobertura na Bahia</i> .....	356
<i>Indicadores de Produção da RAPS na Bahia</i> .....	361
8.4.2 - Atenção Básica .....	365
<i>Estratégia de Saúde da Família na Bahia</i> .....	365
<i>Consultório de/na Rua na Bahia</i> .....	370
<i>Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na Bahia</i> .....	371
<i>Eq. Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental na Bahia</i> .....	372
Centro de Convivência na Bahia .....	373
8.4.3 - Atenção Residencial de Caráter Transitório .....	373
<i>Unidades de Acolhimento na Bahia</i> .....	373
<i>Comunidades Terapêuticas na Bahia</i> .....	375
8.4.4 - Estratégia de Desinstitucionalização .....	378
Serviço Residencial Terapêutico na Bahia .....	378
8.4.5 - Atenção de Urgência e Emergência .....	381
<i>Rede de Urgência em Emergência na Bahia</i> .....	381
8.5 - A Rede de Atenção Psicossocial em Salvador .....	384
8.5.1 - Características sociodemográficas de Salvador .....	384
8.5.2 - Organização do Sistema Municipal de Saúde de Salvador .....	386
8.6 - Breve análise da política de saúde mental em Salvador .....	388

8.6.1 - Crônica dos impasses e os impasses crônicos: a reforma psiquiátrica interrompida .....	398
<b>9 - Análise processual da implantação da política de saúde mental a partir dos instrumentos da gestão estadual de saúde da Bahia.....</b>	<b>416</b>
9.1 - Análise dos instrumentos de gestão de 2008 a 2021 .....	418
<i>Plano Estadual de Saúde 2008-2011.....</i>	419
<i>Agenda de Saúde 2008 .....</i>	421
<i>Análise do Relatório Anual de Gestão 2008 .....</i>	422
<i>Agenda Estratégica de Saúde 2009 e 2010 .....</i>	428
<i>Análise do Relatório Anual de Gestão 2009 .....</i>	429
<i>Análise do Relatório Anual de Gestão de 2010.....</i>	431
<i>Programação Anual de Saúde 2011 .....</i>	433
<i>Análise do Relatório Anual de Gestão de 2011.....</i>	433
9.2 - Análise dos instrumentos de gestão de 2012 a 2015 .....	437
<i>Plano Estadual de Saúde 2012-2015.....</i>	437
<i>Programação Anual de Saúde de 2012 .....</i>	443
<i>Análise do Relatório Anual de Gestão de 2012.....</i>	444
<i>Programação Anual de Saúde de 2013 .....</i>	448
<i>Análise do Relatório Anual de Gestão de 2013.....</i>	448
<i>Programação Anual de Saúde de 2014 .....</i>	452
<i>Análise do Relatório Anual de Gestão de 2014.....</i>	455
<i>Programação Anual de Saúde de 2015 .....</i>	457
<i>Análise do Relatório Anual de Gestão 2015 .....</i>	459
9.3 - Análise dos instrumentos de gestão de 2016 a 2019 .....	462
<i>Planejamento Estadual de Saúde 2016-2019.....</i>	462
<i>Programação Anual de Saúde 2016.....</i>	465
<i>Análise do Relatório Anual de Saúde 2016 .....</i>	466
<i>Programação Anual de Saúde 2017 .....</i>	468
<i>Análise do Relatório Anual de Saúde 2017 .....</i>	469
<i>Programação Anual de Saúde 2018.....</i>	473
<i>Análise do Relatório Anual de Saúde de 2018 .....</i>	474
<i>Programação Anual de Saúde 2019.....</i>	476
<i>Análise do Relatório Anual de Saúde 2019 .....</i>	477
9.4 - Apresentação dos instrumentos de gestão de 2020 a 2023.....	483
<i>Planejamento Estadual de Saúde 2020-2023 .....</i>	483
<i>Programação Anual de Saúde de 2020 e de 2021.....</i>	485
9.5 - Algumas considerações sobre o planejamento da política de saúde mental na Bahia .....	487
<b>10 - Considerações Finais.....</b>	<b>495</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>509</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>532</b>

# 1 - Introdução

O estudo do processo de reorientação da assistência psiquiátrica no Brasil é, ao mesmo tempo, um imperativo e um desafio. Passadas duas décadas da mudança no marco legal que traçou novos rumos assistenciais, a atual caracterização da política de saúde mental contém paradoxalmente uma combinação entre avanços assistências e resíduos do velho modelo manicomial: presença do hospital psiquiátrico, internamentos de longa permanência, pouca atenção as estratégias de reinserção psicossocial. Além disso, verifica-se estrangulamento orçamentário, forças político-ideológicas antagônicas em constante disputa do modelo, paralização do incremento de serviços e, mais recentemente, um processo de contrarreforma psiquiátrica. Ao longo desse período, o movimento reformista registrou vitórias, impasses e incompletudes. Esse processo exige uma análise minuciosa e complexa. Dos poucos consensos existentes atualmente no campo da saúde mental dois deles podem ser destacados: 1) atualmente, a análise das mudanças decorrentes da reorientação do modelo assistencial em saúde mental é uma necessidade para a consolidação dessa política; 2) o Brasil não tem tradição nem regularidade de avaliação da política no campo da saúde mental.

Três décadas após o surgimento dos primeiros serviços comunitários para o cuidado em saúde mental, o país conta hoje com uma complexa rede de serviços de saúde mental que possuem as mais variadas finalidades. Pelo número de serviços criados e pela extensão territorial, o Brasil tem possivelmente a maior rede de serviços de saúde mental do mundo. Esta rede foi concebida para garantir a superação das práticas manicomiais e espaços de segregação social que antes caracterizavam o cuidado aos portadores de sofrimento mental outrora centrado no hospital psiquiátrico que foi o principal dispositivo assistencial por mais de um século no Brasil.

O início das mudanças na política de saúde mental no contexto brasileiro teve início no final da década de 1970 quando vários segmentos da sociedade civil buscaram produzir uma reforma no modelo assistencial e no campo das práticas psiquiátricas majoritariamente restritas aos hospitais especializados em psiquiatria. Nasceu um amplo movimento de luta contra os hospitais psiquiátricos (ou manicômios) que teve força suficiente para pressionar por mudança nos rumos da macropolítica de saúde. A 'luta antimanicomial' foi o embrião de um processo de ampla reestruturação política no campo

da saúde que ganhou o nome de “Reforma Psiquiátrica”. As mudanças nesse campo já estavam ocorrendo em vários outros países do mundo; o Brasil é, de certo modo, retardatário em tal acontecimento.

Ao longo daquela década ocorreu no Brasil a intensificação da crítica à ditadura militar implantada em 1964. Na sociedade em geral, cresceram movimentos por novos direitos sociais, entre os quais o direito à saúde pública que passou a ser considerada um dever do Estado, como já acontecia em vários outros países. No âmbito específico da assistência em saúde mental, avolumaram-se as críticas à violência e iatrogenia produzidas pelo manicômio.

Esse cenário de turbulência social e política é o ‘canteiro de obras’ onde foram construídas agendas de enfrentamento aos grandes dilemas brasileiros: a dramática desigualdade social, a política de saúde fragmentada e restrita, a mercantilização da saúde, o modelo hospitalocêntrico hegemônico, a ausência de democracia, a corrupção das verbas da saúde, o autoritarismo e a verticalização das práticas sanitárias, a violência institucional e a degradação da cidadania praticadas nos manicômios. A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve seu nascimento no contexto de germinação da Reforma Sanitária Brasileira. Por sua vez, esse movimento rompeu com a perspectiva organicista-naturalista que caracterizava a racionalidade sanitária tradicional desprovida de compromisso com determinantes sociais como base material da produção de saúde. Surgiu, com isso, o paradigma sanitário. Segundo Paim (1997, p. 11), “o movimento pela democratização da saúde que tomou corpo no Brasil durante a segunda metade da década de setenta possibilitou a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira [...]”.

Entre as décadas de 1960 e 1970 ocorreram, em âmbito internacional, grandes problematizações sobre os manicômios. O fracasso clínico dessas instituições, a institucionalização e cronificação das pessoas com sofrimento mental, a segregação social, o alto custo para o baixo benefício, o uso político e autoritário do discurso psiquiátrico, a violação de direitos e as práticas de violência, o estigma, etc. foram alguns dos alvos das duras críticas aos manicômios/hospitais psiquiátricos. Michel Foucault os caracterizou como ‘instituições disciplinares’, Erving Goffman os denominava de ‘instituições totais’, Franco Basaglia os considerava como “instituições da violência”. Durante essas décadas, os hospitais psiquiátricos tornaram-se um desafio a ser vencido. Evocou-se a necessidade de ampla reforma na assistência em saúde mental agenciada por um movimento de repercussão internacional que recebeu o nome de ‘luta antimanicomial’. A base epistemológica desse movimento precipitou a construção de uma agenda política no campo

das ações de Estado a qual passou a ser denominada de Reforma Psiquiátrica. No Brasil esse movimento chegou tardiamente por volta da segunda metade da década de 1970. A base social do movimento foi constituída por trabalhadores, usuários e familiares dos serviços de saúde mental que passaram a denunciar a violência física e simbólica produzida por essas instituições, bem como a constatação da ausência de evidências de qualquer ganho terapêutico decorrente das longas internações. Esse espírito contestatório foi forjado ao mesmo tempo em que, de modo mais amplo, iniciava-se no país o movimento pela Reforma Sanitária e pela redemocratização.

Com princípios e valores muito próximos do movimento da Reforma Sanitária, no campo da saúde mental um dos desafios era inverter o modelo assistencial que se consagrou com a constituição de um parque hospitalar que chegou a ter 430 hospitais e cerca de 105.000 leitos psiquiátricos. Diante desse cenário, buscou-se construir uma rede de serviços de base comunitária que tivesse força e capilaridade suficientemente capazes de superar o paradigma hospitalocêntrico. Mais que isso, não se tratava apenas de uma reforma administrativa, buscava-se construir uma nova ética que embasasse novas práticas de cuidado baseadas no respeito às diferenças, à dignidade humana, resgatando a cidadania e inserção social das pessoas que usavam os serviços de saúde mental. Produziu-se o tensionamento para que o sistema de saúde não reproduzisse os velhos mecanismos de “exclusão” dos loucos como aconteceu ao longo da extensa tradição da psiquiatria desde o século XVIII. Portanto, a crítica ao hospital era também a crítica aos mecanismos de violação de direitos e às “tecnologias de poder” mantenedoras das desigualdades sociais.

Em especial, no campo da saúde mental, os relatórios das três primeiras conferências nacionais de saúde mental (1987, 1992, 2001), além da *Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde* realizada em Caracas em 1990, preconizam a substituição do modelo hospitalocêntrico mediante a construção de uma rede articulada de serviços de saúde mental com base comunitária. Como afirmaram Lancetti e Amarante (2012, p. 615), “o hospital psiquiátrico já não é mais o centro da assistência, da organização das políticas, da mesma forma como não se considera que os centros de internação de doentes mentais sejam eficientes para recuperação das pessoas em grave sofrimento psíquico”.

De acordo com Amarante (1995, p. 87), a reforma psiquiátrica é definida como sendo “[...] um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”. Para Basaglia (1985, p. 10), a reforma psiquiátrica

na Itália, base da inspiração do modelo brasileiro, foi uma “[...] mudança institucional que médicos, psicólogos, sociólogos, enfermeiros e doentes propuseram e provocaram em um hospital psiquiátrico, contestando no plano prático a condição manicomial [...] negação da instituição psiquiátrica [...]”.

Evidente que o processo não se basta numa remodelagem burocrático-administrativa. A partir da experiência dos reformistas italianos, torna-se imperativo questionar o âmago do sistema de valores que determinam as relações e práticas sociais. Parte do esforço da reforma psiquiátrica deve ser dedicado ao questionamento das contradições e conflitos, alcançando os alicerces das estruturas que historicamente consagraram o modelo hegemônico na psiquiatria. Para Basaglia (1985, p. 9), “[...] o questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam”. Portanto, ainda segundo esse autor, trata-se de garantir “[...] a análise de uma situação que busca uma superação efetiva, saindo do seu campo específico e tentando agir sobre as contradições sociais”.

Nessa perspectiva, a reforma psiquiátrica não é a humanização dos velhos hospitais psiquiátricos; na prática, trata-se de orquestrar a sua desmontagem, a sua decomposição. É uma ruptura com o hospital psiquiátrico enquanto lugar para o tratamento ou, de modo mais profundo, enquanto ideologia orientadora das *práxis*, um lugar vocacionado à reprodução do *habitus* psiquiátrico. Em último caso, trata-se de desinstitucionalizar o paradigma, invertendo a relação “problema-solução” para que se torne possível o reestabelecimento da complexidade da dinâmica do funcionamento da mente, outrora reduzida a um catálogo psicopatológico definido por uma leitura de mundo obtida a partir das torres dos manicômios. Para Amarante (1996, p. 49), o projeto de transformação empreendido é fundamentalmente um projeto de desconstrução/invenção, uma refundação do conhecimento, das tecnologias, das ideologias e da função dos técnicos operadores do cuidado.

Na evolução dessas transformações assistenciais, surgiu o conceito teórico-prático de ‘desinstitucionalização’ que não deve ser confundido com as operações administrativas que visam à desospitalização, considerando que a desospitalização em alguns contextos foi equivalente à diminuição de leitos e do tempo de permanência no hospital, o que, para Amarante (1996, p. 16), estaria voltada para meros objetivos administrativos. Por outro lado, a desinstitucionalização também não pode ser confundida com desassistência, desamparo. A desinstitucionalização corresponde a “[...] um trabalho prático de transformação que desarticula a solução institucional existente para desmontar (e remontar)

o problema” (ROTELLI, 2014, p. 33). Assim, a desinstitucionalização é um processo que se destina a recomplexificar a loucura enquanto objeto, partindo do pressuposto de que a saúde é produto de uma invenção também complexa que não pode ser obtida por meio de serviços e práticas reducionistas. Para tanto, emerge a necessidade de criação de um circuito de serviços e espaços de cuidado que ofereçam a possibilidade da recomplexificação do próprio ato de cuidar, considerando que essa redescoberta do cuidado ou da cura “[...] significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que se transforme globalmente a vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento” (idem, p. 34).

No plano operacional, a reforma psiquiátrica se materializa com a criação de uma rede de serviços assistenciais inseridos na comunidade com a finalidade de acolher os sujeitos que manifestam sofrimento mental, garantindo uma ambiência favorável ao estabelecimento de vínculos, de proteção e de reinserção na vida cotidiana da comunidade. Isso implica em mudar o panorama institucional da oferta do cuidado. Os serviços que substituem o hospital psiquiátrico devem agir no sentido de propiciar condições para uma nova sociabilidade a fim de diminuir ou neutralizar o peso da institucionalização e propiciar a reinserção psicossocial. Trata-se de inventar um novo modo de organização da oferta da assistência na saúde mental articulada numa rede complexa e dinâmica de espaços e serviços que prescindem da violência, da exclusão, do poder disciplinar e da coação, características das instituições totais como os hospitais psiquiátricos. De acordo com Lancetti e Amarante (2012, p. 622), no processo da reestruturação da assistência em saúde mental no Brasil, ocorreram “rupturas com o paradigma psiquiátrico, e não simplesmente melhorias ou transformações”. Para esses autores, a inspiração na reforma psiquiátrica italiana permitiu a constituição de um modelo assistencial que preconizou definitivamente o “[...] fechamento do hospital psiquiátrico e sua substituição por serviços territoriais”. Embora essa tenha sido a matriz da aspiração do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil, a política de saúde conseguiu avançar significativamente na oferta de serviços comunitários, mas não conseguiu extinguir todos os leitos em hospitais psiquiátricos. O Brasil, que chegou a ter cerca de 105.000 leitos psiquiátricos por volta de 1985, conseguiu diminuí-los para cerca de 38.000 leitos públicos até o ano de 2010. Em julho de 2020 havia cerca de 17% dos leitos públicos que existiam na década de 1980.

Em 2001 o Governo Federal promulgou a Lei Federal 10.216 que formalizou a reorientação da assistência em saúde mental no Brasil. Ao criar um conjunto de condicionantes legais para frear as internações psiquiátricas, o art. 4º dessa Lei determina

que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os *recursos extra-hospitalares* se mostrarem insuficientes” (grifo meu). A partir da definição desse norte político-jurídico, multiplicaram-se os serviços comunitários substitutivos ao hospital psiquiátrico: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), entre outros. Isso fez com que gradativamente os hospitais psiquiátricos fossem se tornando obsoletos na rede de saúde, especialmente naquelas cidades e regiões que avançaram mais na implantação dos serviços substitutivos. A III *Conferência Nacional de Saúde Mental* ocorrida em 2001 chegou a sugerir o fechamento de todos os manicômios do país com prazo datado até 2004, o que não ocorreu na prática.

Entre 2001 e 2006 foram diminuídos cerca de 15.000 leitos psiquiátricos ao passo em que, no orçamento do Governo Federal, houve uma histórica inversão dos gastos a partir da qual a maior alocação de recursos passou a ser destinada para os serviços não-hospitalares. Em 2011, a Portaria GM nº 3.088 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A definição de “rede de serviços” agregou um novo sentido à assistência psiquiátrica: a horizontalização e a territorialização das práticas com definição de diferentes ‘pontos de atenção’ em saúde distribuídos em sete componentes estruturantes. A RAPS, como princípio organizador do cuidado, deve articular os três níveis de complexidade do sistema de saúde para garantia da integralidade do cuidado.

Atualmente o Brasil possui uma das mais amplas políticas públicas de saúde mental em âmbito mundial. A dimensão continental e a densidade populacional, os contrastes sociais entre as regiões industrializadas e não industrializadas, são alguns dos aspectos que desafiam gestores, planejadores e pesquisadores. Em que pese os problemas estruturais na trajetória da mudança desse modelo assistencial, a experiência brasileira recebeu apreço de pesquisadores internacionais uma vez que, de acordo com Desviat (1999, p. 12), “[...] esta nação constitui uma esperança: a de um lugar onde talvez seja possível enlaçar o discurso técnico, toda a cultura científica acumulada nestes 200 anos de prática médico-psiquiátrica, com uma dimensão comunitária, pública e antropológica”. De acordo com a WHO (2021, p. 155)

as redes comunitárias de saúde mental do Brasil oferecem um exemplo de como um país pode implementar serviços em grande escala, ancorados nos direitos humanos e nos princípios de recuperação. Operando sob o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, a rede de serviços integrais, incluindo os centros comunitários de saúde mental, são um produto das poderosas reformas comunitário psiquiátricas iniciadas durante o final dos anos 1970, que mudaram o foco do tratamento dos hospitais para as comunidades, dentro de um sistema de apoio num quadro legal e regulamentar.

O desejo pela desinstitucionalização tem se tornado realidade nos serviços comunitários de saúde mental; as *práticas substitutivas* se tornaram política de Estado. Do desejo à ação, da ação ao novo modelo assistencial. Um percurso de três décadas que produziu diferentes efeitos em diferentes contextos. Mesmo tempo, diversas realidades. A aspiração por mudanças na assistência em saúde mental no Brasil nasceu na década de 1980, aprendeu os primeiros passos na década de 1990, teve sua legitimação legal na década de 2000, desenvolveu-se e chegou à década de 2010 já com uma base normativa madura e fortalecida com a definição operacional da RAPS a partir de 2011.

A dinâmica, o tempo de evolução, os arranjos organizacionais, a caracterização dos serviços, o alcance e a capacidade de respostas sanitárias têm variado de acordo com cada unidade federativa. No caso específico do estado da Bahia, a política de saúde mental, que buscou superar o modelo hospitalocêntrico, teve início tardio e evolução irregular ao longo dos últimos vinte anos. Na década de 1990 esse estado chegou a ter 2.921 leitos psiquiátricos distribuídos entre 11 hospitais psiquiátricos (monovalentes) e 8 hospitais gerais com oferta de leitos psiquiátricos. O estado possui atualmente quatro hospitais psiquiátricos que prestam assistência pública pelo SUS, três dos quais indicados para descredenciamento após terem obtido baixa pontuação em seguidas avaliações de qualidade. Mesmo com indicativo de descredenciamento dessas instituições desde 2004, apenas em 2017 a gestão estadual de saúde da Bahia iniciou uma articulação para planejar o descredenciamento dos hospitais psiquiátricos mediante expansão e otimização da rede de serviços já existente, como mostram Nunes *et. al.* (2019). Entre os municípios do estado que apresentam insuficiência na rede assistencial, a cidade de Salvador ganha destaque por ter a maior concentração de leitos em hospitais psiquiátricos e por ter uma rede de serviços não hospitalares que está aquém do ideal quando considerados os parâmetros do Ministério da Saúde no que diz respeito a cobertura assistencial e articulação das redes de cuidados.

Na Bahia os primeiros serviços substitutivos foram implantados somente nos anos 2000, mais de 10 anos depois do surgimento dos primeiros serviços em São Paulo. O processo de abertura dos CAPS ocorreu com maior velocidade nos municípios de pequeno porte enquanto que nas duas maiores cidades, Salvador e Feira de Santana, além de ainda existirem hospitais psiquiátricos, o número de CAPS está abaixo da meta pretendida pela Política Nacional de Saúde Mental. Na Bahia as pequenas e médias cidades conseguiram avançar na implantação de novas ações e serviços, mas as grandes cidades ainda não alcançam condições satisfatórias em termos de diversificação de oferta e cobertura assistencial, de acordo com o que se pretendia na perspectiva das diretrizes nacionais. Duas

outras evidências caracterizam o cenário estadual: em primeiro lugar, a presença de hospitais psiquiátricos públicos em três cidades, caracterizando a paradoxal coexistência entre os tradicionais serviços hospitalares monovalentes e a rede de saúde mental comunitária; em segundo lugar, com base no modelo lógico da política nacional de saúde mental, verifica-se a existência de significativas lacunas assistenciais na composição da rede de serviços e ações de saúde mental como, por exemplo, baixa oferta de CAPS AD e CAPS III, limitada oferta de Centros de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento e experiências de economia solidária em saúde mental. O estado conta hoje com uma rede de 289 CAPS implantados, dos quais 264 estão habilitados, distribuídos em 211 municípios<sup>1</sup>. Está em curso um processo de reorientação do modelo assistencial caracterizado pela: 1) dissimetria entre as regiões de saúde do estado; 2) oferta de uma rede assistencial com ênfase nos serviços clínicos; 3) maior expansão e oferta de serviços em cidades de médio porte populacional; 4) presença de leitos em hospitais psiquiátricos nas grandes cidades.

Fornazier e Delgado (2011) traçaram um importante cenário da situação da política de saúde mental na Bahia, considerando os anos 2000. Nesse ‘diagnóstico’, feito a partir de um conjunto de atividades de articulação e formação agenciadas pela secretaria de saúde do estado, as autoras apresentam importantes problemas na configuração da política em âmbito estadual; quase todos esses problemas reverberam até a atualidade. As situações apresentadas revelam um conjunto de incompletudes, inconsistências, retardos e resistências à mudança do modelo assistencial, entre as quais pode-se citar: a existência de um significativo número de leitos em hospitais psiquiátricos, fator que obstruía a desconstrução do imaginário social sobre a loucura e sobre o cuidado, principalmente nas cidades em que o hospital coexistia com os CAPS; a precariedade dos vínculos dos profissionais da rede bem como a insuficiência na formação para o novo modelo de cuidado; a baixa quantidade de serviços de atenção ininterrupta, como o CAPS III; a ausência de respostas assistenciais em saúde mental para os municípios de pequeno porte, que tecnicamente não podem implantar serviços especializados da RAPS; a baixa quantidade de municípios que haviam inserido diretrizes para a saúde mental nos planos municipais de saúde; a insuficiência de uma política de atenção integral para usuários de substâncias psicoativas; a ausência de política de educação permanente para a saúde mental; a baixa capacidade de oferta para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes, entre outros problemas. Essas constatações revelam que a implantação da

---

<sup>1</sup> CNES. Acessado em 01/06/2021. Link: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>

política de saúde mental na Bahia possui uma característica própria que precisa ser conhecida em sua profundidade. Tais evidências indicam a necessidade de avaliar esses problemas e as particularidade do contexto dessa unidade da federação.

A avaliação da evolução da política de saúde mental tem sido uma demanda constante em âmbito nacional, como se pode verificar nos relatórios das quatro *Conferências Nacionais de Saúde Mental* (CNSM). O relatório da 1º CNSM indicou a necessidade de criação de mecanismos de supervisão que viabilizassem uma permanente avaliação da política “de modo que as necessárias adequações sejam efetivadas em tempo hábil, além de promover a implantação de um sistema integrado de informações em nível nacional” (BRASIL, 1988, p. 40). O relatório da 2º CNSM sugeriu que fossem desenvolvidas “ pesquisas voltadas à avaliação e à divulgação dos resultados da rede de atenção em saúde mental e dos avanços tecnológicos gerados” (BRASIL, 1994, p. 21). O relatório da 3º CNSM considerou que, para efetivar a reorientação do modelo assistencial, faz-se necessária “a criação de indicadores e de um sistema de avaliação da política e dos serviços de saúde mental para o acompanhamento, intervenção e redirecionamento das práticas de saúde, visando a consolidação dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica” (BRASIL, 2002, p. 33). O relatório da 4º CNSM indicou que o avanço do processo de desinstitucionalização da loucura e a mudança do paradigma requerem “a implementação de novos mecanismos de sistematização, monitoramento e avaliação das informações da rede de saúde mental para viabilizar um planejamento adequado das ações nessa área” (BRASIL, 2010, p. 41). No caso da Bahia, o relatório final da IV Conferência Estadual de Saúde Mental também sugere “criar sistemas de informações e mecanismos de planejamento, acompanhamento, monitoração e avaliação processual para a rede de atenção integrada em saúde mental [...]” (BAHIA, 2010b, p. 19).

Se, por um lado, a avaliação é considerada como um imperativo para uma saúde mental em franco processo de transição de modelo, por outro lado, vários autores reconhecem que o Brasil ainda não incorporou a cultura avaliativa no campo da saúde mental. De acordo com Onocko-Campos (2019, p. 2), vários estudos indicam a frágil cultura avaliativa do Brasil. Estes estudos alertam “ para a necessidade de desenvolver uma política de avaliação da implantação da expansão de serviços, caso contrário, esforço e dinheiro poderiam ser desperdiçados”. Tal perspectiva é corroborada por Oliveira *et al.* (2014, p. 370) quando afirma que “apesar da tendência internacional de incorporação da avaliação ao campo da saúde mental, de maneira geral, essa área não possui tradição em avaliação, em comparação com outras de atenção à saúde”, sobretudo no contexto

brasileiro. Onocko-Campos (2019, p. 3) considera que “uma política de qualificação e avaliação permanente da RAPS seria o mínimo de transparência exigível em um contexto racional, e é como o sistema funciona nos países com experiências bem-sucedidas”. Trapé & Onocko-Campos (2017, p. 6) afirmam que, no campo da saúde mental, “a avaliação se mostrou um tema pouco incorporado nas práticas do campo burocrático”. Esses autores também concluem que “não temos atualmente um espaço de avaliação de alcance nacional que possa analisar a política em seu âmbito macroestrutural”. Em função disso sinalizam que

não seria excessivo, neste momento atual de consolidação do modelo de atenção psicossocial, termos um Índice da Atenção Psicossocial, que pudesse, por meio de indicadores, capturar os principais componentes da política atual e seus objetivos, para subsidiar ações de trabalhadores e gestores, dar maior transparência a usuários e sociedade e identificar pontos débeis que possam ser aprimorados (idem, p.7)

Em particular, no caso da Bahia, não há mecanismos rotineiros de monitoramento e avaliação, além das informações gerais contidas nos Relatórios Anuais de Gestão, onde as informações são genéricas e incompletas.

A avaliação da política de saúde mental apresenta dificuldades em função da característica dinâmica e diversa da transformação pela qual a rede assistencial passa. Isso impõe um desafio adicional para a construção de indicadores capazes de revelar com fidelidade a complexidade dessa política. Diante disso, Fidelis (2002, p. 3) afirmou que “o fato de lidar com uma prática que vem sofrendo transformações importantes, impõe-nos o desafio de produzir indicadores aceitáveis e passíveis de aferição, por meio dos quais seja possível traduzir concepções gerais em ferramentas de avaliação”.

Algumas revisões bibliográficas recentes tentam caracterizar o cenário dos estudos avaliativos em saúde mental no Brasil. Em uma revisão integrativa conduzida por Silva, Melo e Esperidião (2012, p. 280) verificou-se que a maior parte dos artigos enfatizava o processo de trabalho e da assistência prestada pelos serviços especializados em saúde mental. Segundo essas autoras, “nas avaliações, relatam-se questões referentes a inadequação de área física, grande demanda de usuários, falta de recursos humanos, materiais e financeiros e a necessidade de formação e capacitação de profissionais para atuarem na área”. Esse levantamento demonstrou que os estudos de avaliação em saúde mental têm alta prevalência de trabalhos realizados nas regiões Sudeste e Sul do país.

Em outra revisão integrativa sobre o tema, Oliveira *et al.* (2014, p. 373) detectam que, nesses estudos, prevaleceram as avaliações qualitativas tridimensionais baseadas nos

postulados de Donabedian. Essas autoras concluem que “os resultados revelam maior envolvimento dos profissionais, participação de usuários e familiares e busca por melhor qualidade da assistência como fatores relacionados ao grau de satisfação do usuário”. Numa revisão sistemática realizada por Costa, Colugnati e Ronzani (2015, p. 3243) também foi constatado que o maior volume de publicações era oriundo das regiões Sul e Sudeste, caracterizados por pesquisas produzidas em diferentes cenários e envolvendo diferentes participantes. Para esses autores, os estudos enfatizam os avanços nas práticas de cuidado nos novos serviços de saúde mental marcado pelo tratamento humanizado, participativo e de caráter comunitário, “mas carecendo de maiores investimentos, qualificação profissional e melhorias organizacionais”. Ao final os autores sugerem que deve haver maior integração entre pesquisas, com avaliações que possam ultrapassar os aspectos estruturais e a comparação com o modelo hospitalocêntrico.

Como se verifica nessas três recentes revisões acima descritas, a maioria desses estudos se concentra no cotidiano dos serviços, especialmente no que diz respeito à avaliação da micropolítica. Trata-se de um aspecto fundamental, mas, em geral, não abordam a implantação da política num sentido mais amplo. Há uma importante carência de estudos que se dediquem a investigar a política de saúde mental em si.

O presente estudo nasceu da necessidade de se produzir informações sobre o processo de implantação da política de saúde mental na Bahia. Nesses termos, o objetivo principal dessa pesquisa foi analisar o processo de implantação da política de saúde mental na Bahia entre 2001 e 2021, com atenção especial para a transição do modelo assistencial hospitalar -outrora hegemônico- para o modelo de atenção psicossocial, de acordo com as definições da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Trata-se de um estudo de caso no qual o estado da Bahia foi considerado como uma unidade de análise.

Para tanto, o parâmetro da análise usado foi a matriz diagnóstica definida pela Portaria GM nº 3.088/2011 na qual a rede de saúde mental está arquitetada por sete ‘componentes’ e por dezoito pontos de atenção em saúde (serviços e ações de saúde). Averiguou-se a trajetória de evolução dessa política a partir dos marcos jurídicos que reorientaram o modelo assistencial no Brasil. Examinou-se a dinâmica das interações hospitalares, a configuração alcançada em termos de números de serviços habilitados disponíveis, a distribuição regional dos serviços, as lacunas assistenciais atuais, a capacidade da gestão para conduzir a implantação da política, os fatores contextuais que influenciaram os rumos seguidos. Observa-se que a configuração atual da rede de cuidados

é o resultado da combinação paradoxal entre forças progressistas e forças conservadoras que disputam o campo.

Essa pesquisa se caracteriza como um estudo avaliativo da implantação de uma política. De acordo com Vieira-da-Silva (2014, p. 86) o objetivo central da avaliação da implantação é averiguar de que modo a intervenção está sendo implantada em conformidade com a forma como foi concebida. Em outros termos, busca identificar o grau de correspondência entre a formulação do programa e sua adequada operacionalização. Para Deniz e Champagne (1997, p. 51), a implantação de uma política corresponde à transferência de uma intervenção para o nível operacional. Logo, aqui a pretensão foi averiguar como se deu a operacionalização do que estava previsto nos instrumentos orientadores da gestão no que diz respeito à política de saúde mental, álcool e outras drogas. A literatura especializada em avaliação de políticas (CONTANDRIOPOULOS *et al.* 1997; CHAMPAGNE *et. al.* 2011a; VIEIRA-DA-SILVA, 2014) considera que a implantação de uma política depende fundamentalmente do contexto onde ocorre a implantação. O contexto influencia a implantação de uma política que, por sua vez, pode ter resultado variáveis quando comparados com outros contextos em que semelhante política foi implantada. Considerar o contexto como elemento de análise é condição *sine-qua-non* para avaliação de uma política.

Nesse estudo, a análise do ‘contexto’ pressupôs a análise do ‘modelo político’ que permitiu compreender o jogo e a atuação dos atores condutores da implantação, especialmente os atores governamentais, mas também o tensionamento produzido por grupos de interesse. O estudo do modelo político considerou a caracterização do suporte que os agentes da implantação ofereceram para a operacionalização da intervenção; considerando também a articulação entre a operacionalização da reorientação do modelo assistencial e os objetivos a ela associadas.

Partiu-se do pressuposto de Carlos Matus (1996) sobre o ‘*Triângulo de Governo*’, o qual considera que a ‘capacidade de governo’, ou seja, a “capacidade de condução ou de direção de um projeto de ação”, é uma variável determinante para transformar em ato prático o que está desenhado num projeto de ação.

Considerando a evolução tardia da política de saúde mental no estado da Bahia, ponderando as lacunas assistenciais e organizacionais ainda existentes na atualidade e cogitando que a condução da política não superou cabalmente o modelo hospitalocêntrico, esta pesquisa se baseou na hipótese de que *a gestão estadual da política de saúde na Bahia*

*teve baixa capacidade de indução para implantação de uma política complexa como a política de saúde mental, de acordo com o que se pretendia nas diretrizes nacionais.*

No que diz respeito à caracterização da metodologia, essa pesquisa corresponde a um ‘estudo de caso’ no qual a política de saúde mental do estado da Bahia foi definida como unidade de análise. Foi realizada uma triangulação de dados com dados secundários disponíveis nos sistemas de informação das políticas públicas, e dados obtidos nos documentos oficiais da gestão, Leis e portarias que regulamentam a política. A análise teve como base o modelo-lógico da política nacional de saúde mental que contempla duas dimensões da política: a dimensão *político-gerencial* (gestão) e a dimensão *técnico-assistencial* (cuidado).

Diante da problemática exposta referente à evolução – ritmo, insuficiências, impasses, resistências – e o desfecho da política de saúde mental no estado da Bahia, alguns problemas ganharam relevância e provocaram a necessidade de buscar respostas: *qual a caracterização atual da política de saúde mental, álcool e outras drogas implantada na Bahia? Em que medida a política em âmbito local condiz com as diretrizes vigentes em âmbito nacional? Qual o contexto e o apoio político para a implantação dessas mudanças do modelo?*

Desse modo, na pretensão de averiguar os rumos da reorientação da política de saúde mental no cenário da Bahia, as perguntas que orientam esta pesquisa foram as seguintes: **como ocorreu o processo de implantação da política de saúde mental, álcool e outras drogas na Bahia de 2001 a 2021?**

a) Qual a dinâmica da oferta da assistência hospitalar em psiquiatria na Bahia entre 2001 e 2021?

b) Como se caracteriza a rede de serviços comunitários para o cuidado em saúde mental na Bahia?

c) A composição e a organização da rede de saúde mental atual na Bahia são condizentes com o modelo-lógico da política nacional de saúde mental?

d) Quais as lacunas assistenciais existentes atualmente?

e) Como a política de reorientação das ações e serviços de saúde mental apareceu nos documentos de gestão (Planos Estaduais, Agendas Estratégicas, Relatórios de Gestão)?

f) Quais fatores contextuais influenciaram o processo de implantação da política de saúde mental, álcool e outras drogas?

## 2 - Objetivos

### **Objetivo geral**

Analisar a implantação da política de saúde mental entre 2001 e 2021, considerando a transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo de atenção psicossocial tendo como unidade de análise o contexto estadual da Bahia.

### **Objetivos específicos**

- 1) Avaliar as variações do número de leitos psiquiátricos, número de internamentos hospitalares e média de permanência em hospitais psiquiátricos na Bahia;
- 2) Analisar o número e a distribuição dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial considerando [RAPS];
- 3) Avaliar a adequação da oferta de serviços especializados em relação à densidade populacional de acordo com os parâmetros nacionais;
- 4) Identificar os fatores contextuais que influenciaram o processo de implantação da política de saúde mental na Bahia.

## 3 – Referencial teórico-conceitual

### 3.1 - A loucura e as instituições: sentidos, práticas, lugares e metamorfoses

*Só se entra no hospício para não sair, ou, na melhor das hipóteses, para logo depois voltar*  
Roberto Machado *et al.* (In: Danação da norma)

Ao longo dos séculos, as práticas de cuidado destinados aos loucos foram influenciadas por variantes simbólicas/culturais construídas em diferentes contextos e diferentes momentos históricos. A história da loucura acompanha passo a passo a dinâmica e as mudanças dos valores sociais que caracterizam a ideologia e as racionalidades presentes em cada período histórico. É possível identificar com certa nitidez as marcas desses diferentes períodos representadas por seus signos como que ‘impressões em relevo’ gravadas nas diversas formas de representação da loucura. Esses efeitos estão inscritos nas mais diferentes expressões do lugar social do louco e nos modos como, em cada época, se constituiu um conjunto de ações destinadas ao manejo do louco. Há de se considerar também que, ainda que se busque uma representação uniforme para a compreensão da loucura enquanto fenômeno historicamente marcado, a ‘consciência’ sobre a loucura não é de todo homogênea; é possível verificar expressivas variações no conjunto das racionalidades que coexistiram num mesmo momento histórico, o que aciona o sinal de alerta para o fato de que a reconstituição dessa história deve considerar uma perspectiva que favoreça a diversidade dos sentidos. De acordo com Foucault (2005, p. 165), “para a consciência ocidental, a loucura surge simultaneamente em pontos múltiplos, formando uma constelação que aos poucos se desloca e transforma seu projeto”; isso ocorreu mesmo em relação ao contexto europeu, de onde brotaram os principais paradigmas no tocante aos sentidos e ‘métodos’ de intervenção ou modos de lidar com o fenômeno da loucura, pelo menos tal como concebido na epistemologia ocidental eurocêntrica moderna. Feitas essas ponderações, há quatro aspectos a serem considerados: a) a representação da loucura está estreitamente alinhada com os valores sociais típicos de cada momento histórico; b) dentro de um mesmo intervalo de tempo [século, Era, etc.] é possível identificar diversidade, conflituosa ou não, no modo de representar a loucura, ou seja, há diferentes racionalidades que podem cooperar entre si, ou podem divergir quanto à compreensão e o manejo da loucura; c) a história da loucura é a materialização dos diferentes giros civilizatórios onde é possível reconhecer os efeitos dos ciclos econômicos, os discursos religiosos, os arranjos

político-administrativos que vão da monarquia ao estado moderno; d) a evolução dos modelos e práticas sanitárias típicos em cada contexto ou momento.

As tentativas de reformar as práticas sociais, lugares e sentidos relativos à loucura correspondem a um fenômeno que atravessa a história da humanidade mais intensamente nos últimos três séculos e meio. Desde o final da idade média, o lugar social do louco é alvo de significativas transformações. Não só o espaço para a vida em sociedade, mas a própria representação da loucura sofreu profundas mudanças desde aquele período. A compreensão do atual estágio do fenômeno, que se convencionou chamar de ‘reforma psiquiátrica’, não pode prescindir de um retorno à história das práticas e destinos impostos aos loucos daquele período uma vez que na história sempre se localizam os marcadores de referência seja para o que se quer continuar, seja para o que se quer romper. O status atual de um fenômeno social contém o registro do conjunto das iniciativas que favoreceram a continuidade ou a descontinuidade, a consolidação ou a dissolução, a conservação ou a mutação desse fenômeno. Há aí um campo de forças onde se manifestam disputas que acabam por redefinir o *status quo*. Não há possibilidade de reconhecimento desse status fora da história. A rigor, nesse caso, não existe qualquer possibilidade ‘fora da história’, assim como não há a possibilidade da análise de um dado contexto que não considere o passado e o que se passa. A compreensão do passado não para buscar a justificativa de um padrão para o presente, mas, seguindo o raciocínio de Hobsbawm (2013, p. 32), por haver nele um “repositório de precedentes” que podem dar pistas importantes para solucionar problemas específicos “do presente e do futuro”. Desse modo, esse autor adota uma postura sobre o estudo do passado como ferramenta analítica para identificar as relações entre passado e presente, considerando que “[...] não são apenas questões de interesse vital para todos: são questões indispensáveis” (idem, p. 37).

Há de ser considerada a necessidade de se fazer um giro retrospectivo de retorno à história da loucura, ou, mais precisamente, uma imersão no estudo das instituições e na institucionalização do louco. Para Foucault (2005, p. 112), considerando que a loucura ao longo de séculos era apenas um mal-estar social, que aos poucos foi sendo transformada num problema para a ordem social gradativamente capturado como acontecimento médico, refazer a história desse processo é refazer a “arqueologia de uma alienação”. O método arqueológico de Foucault permitiu dissecar as tramas tecidas através das racionalidades que foram sedimentando certa hegemonia semântica sobre a loucura; em todo caso, para esse autor, a história da loucura na idade clássica foi sendo construída a partir da exclusão social do louco aliada à gradual e sucessiva ampliação do poder sobre seu corpo por parte

dos dispositivos oficiais (judiciário, psiquiátrico); portanto, a questão está centrada nas relações de poder em suas diferentes modulações históricas. A questão central que convencionou a exclusão do louco no advento da ‘grande internação’, ocorrida na idade clássica, foi uma nova relação com a miséria social-econômica, situação em que a racionalidade burguesa buscou estabelecer uma nova ordem social por meio do enclausuramento de todas as personagens sociais destoantes do ideal majoritário, o que inclui o louco. Robert Castel, a partir de uma análise apoiada num instrumental epistemológico e metodológico de inspiração marxista, considera que a “[...] situação psiquiátrica contemporânea se originou lentamente das trilhas deixadas pela antiga organização; [...] portanto, é preciso, pelo menos, indicar as principais linhas de decomposição e de recomposição que conduzem à organização atual da paisagem psiquiátrica” (CASTEL, 1978, p. 178). Para esse autor, a sociedade europeia criou modalidades de contratos sociais orientadas pela racionalidade burguesa para a qual a loucura era incompatível por ser considerada “inoportuna, improdutiva, perigosa, indecente, inquietante” (idem, p. 36); logo, esse processo está intimamente relacionado com a própria evolução do sistema econômico dominante.

Seguindo outra linha argumentativa, Szasz (1971) constrói uma análise da loucura na qual faz uma analogia com as representações sociais que fizeram da prática da feitiçaria um alvo a ser combatido desde o século XV, situação em quem se criou um conjunto de mecanismos socialmente aceitos para reprimir aquilo que então era considerado um perigo à ordem moral vigente. Para esse autor a grande internação dos loucos, ocorrida a partir de meados do século XVII, teve função semelhante à inquisição das feiticeiras de séculos anteriores, ou seja, “[...] a crença na doença mental e as ações sociais a que conduz têm as mesmas consequências morais e políticas que a crença na feitiçaria e as ações sociais que a conduziam” (idem, p. 19). Nos dois casos, o objeto foi socialmente “fabricado”, suas representações foram socialmente forjadas a partir de bases epistêmicas inconsistentes e, por fim, tiveram desfecho semelhante: perseguição, assujeitamento, exclusão social, etc. Na perspectiva desse autor, o vácuo no imaginário social decorrente do declínio das práticas da feitiçaria passou a ser ocupado por outro personagem socialmente também tido como ameaçador, nesse caso, o louco. A caça aos loucos teria surgido como compensação da perda do referente outrora materializado na caça aos/as feiticeiros/as durante a idade média.

Na literatura que versa sobre esse percurso relativo às diversas representações da loucura há elementos de consenso entre diferentes autores: em primeiro lugar, o grande

confinamento da loucura foi um acontecimento historicamente datado cujo século XVII representa o marco inicial; em segundo lugar, muito antes de um acontecimento médico, ao longo da história, o ‘internamento’ ocorreu por uma expectativa de imposição da ‘ordem social’, portanto, determinado por uma diretriz moral; em terceiro lugar, a medicalização da loucura é um fenômeno recente do ponto de vista histórico, datado do século XVIII e condizente com a expansão do discurso médico para temas relacionados à organização da vida coletiva; em quarto lugar, o destino do louco em cada momento histórico tem sido definido pelo jogo de poder decorrente dos diferentes discursos (religioso, jurídico, médico, social) onde se pode verificar que cada ‘novo ciclo’ reformista decorre de um novo redimensionamento no arranjo do poder entre esses discursos, culminando com mudanças paradigmáticas.

O transcurso que culminou com a institucionalização/encarceramento da loucura é rico em acontecimentos e desdobramentos, compõe-se de uma vastidão de signos e representações. No que diz respeito aos contextos, verifica-se uma variedade de sentidos gestados em diferentes momentos históricos que perpassaram a Idade Média, o Renascimento, o classicismo, a era pós-revoluções do século XVIII e o período pós-guerra do século XX. No que diz respeito aos lugares ou instituições para onde os loucos foram encaminhados a partir do final da Idade Média também é possível identificar diversidade de ofertas, mesmo que todas elas sejam caracterizadas como instituições totais. Entre essas instituições ou lugares de destino dos loucos cabe destaque para os leprosários, as casas de correção, as casas de força, as casas de trabalho, a prisão, o hospital geral e, principalmente, o asilo. Entre as ‘intervenções’ dirigidas ao louco há também uma diversidade entre as quais se destacam: as ações comprometidas com práticas de caridade, de repressão e/ou de assistência; as práticas juridicamente definidas como interdição, sequestro ou alienação; os ‘métodos’ como o tratamento moral, a pedagogia da ordem, a segregação e o isolamento. Em todas essas ‘ofertas’ se supunha algum ganho assistencial e/ou terapêutico.

No que se refere aos sentidos e racionalidades que orientaram estes acontecimentos também é possível identificar diferentes condicionantes, tais como: o compromisso de impor uma ordem social por meio do controle e dominação dos ‘desviantes’ e ‘degenerados’; a ordem jurídica do direito tanto nas monarquias quanto nos modernos estados burgueses; o higienismo social, a racionalidade médica positivista e biologicista; os novos códigos contratuais pós-revolução francesa; os novos compromissos civilizatórios a

partir da segunda metade do século XX. Essa é uma história de vários capítulos e de muitas metamorfoses.

Para Foucault (2005, p. 137), no decurso da idade média, e em parte da Renascença, a loucura esteve relacionada ao mal sob forma de transcendência imaginária. Contudo, ainda na Idade Média, a loucura adquiriu uma espécie de densidade e individualidade que caracterizou e particularizou o louco enquanto personagem na vasta paisagem social. Assim, muito antes de ser definido como doente mental, o louco já figurava de modo singular, “o louco não teve necessidade das determinações da medicina para alcançar seu reino de indivíduo” (idem, p. 119). Na imprecisão de uma referência diagnóstica, o louco era o medíocre, o viciado, o bobo, o avarento, o bêbado, o imprudente, ou seja, algo de errante e defeituoso, o mau comportamento. A loucura foi caracterizada como o “coro alegre de todas as fraquezas humanas” (idem, p. 23). Tratava-se de personagens marginais, mas ainda não caracterizados como ameaçadores da ordem social. Se, por um lado, a loucura atraía a atenção, por outro lado, em nada fascinava. Ao final da Idade Média o imaginário social sobre a loucura sofreu significativo abalo, tornando-se foco de crítica; a partir do século XV, a loucura passou a exercer assombro na “imaginação do homem ocidental” (idem p. 15). De todo modo não havia uma orquestração uniforme nos modos de lidar com a loucura; pode-se considerar que havia uma relação no mínimo ambígua. Em alguns cenários, a loucura foi coberta com o manto místico e sacro por sua relação com supostos desígnios divinos; em outras situações, a loucura foi expurgada das cidades, posta à deriva nas embarcações sem destino, nas ‘naus dos estúpidos’. Mas, de acordo com Desviat (1999, p. 16), ainda no começo do século XV na Espanha, foi criado espaço equivalente a um hospital geral ou albergue, que também acolhia loucos, o que figurou como um divergente em relação ao descompromisso social para com os loucos. Segundo Foucault (2005, p. 120), em curto espaço de tempo, em várias partes da Europa, multiplicaram-se os hospitais gerais e a oferta de alguns leitos destinados a insanos.

A lepra marcou um momento importante no cenário da Europa cristã da alta Idade Média. Nesse interstício expandiu-se por todo o continente europeu um significativo número de espaços destinados aos leprosos (FOUCAULT, 2005, p. 03). Ocorreu um salto no número de leprosários. Como resultado da segregação espacial, no século XIV iniciou-se uma significativa regressão dos casos de lepra. Com o desaparecimento da lepra, ocorrido entre 1400 e 1500 (SZASZ, 1971, p. 333), esses espaços tornaram-se gradualmente vazios, sua obsolescência tornou-se um problema administrativo importante já que não havia regulamentação para uso do patrimônio econômico e fundiário até o final

do século XVII (FOUCAULT, 2005, p. 04). No fluxo da dinâmica epidemiológica, a lepra desaparecia, por um lado, mas, por outro lado, as ‘doenças venéreas’ passam a figurar de modo mais significativo. O vazio do leprosário decorrente da regressão da lepra logo foi desfeito. Os portadores de ‘doenças venéreas’ herdaram o espaço, a imagem e os métodos outrora destinados ao manejo da lepra. Para Foucault (idem, p. 7), “nasceu uma nova lepra, que toma o lugar da primeira”. Este quadro se desenhou ao longo de quase dois séculos num decurso entre o século XV e XVII. As representações seculares, mitos e medos que envolviam aos portadores da lepra se deslocam para os portadores de doenças venéreas e, posteriormente, para os loucos. Os jogos e os ritos de exclusão materializados pelo internamento seguiram seu fluxo alcançando novos personagens sociais.

A partir da segunda metade do século XVII, o destino social do louco ganhou novo horizonte. Não mais a acidentalidade do abrigo em albergues e instituições que praticavam caridade; nesse novo cenário o internamento em massa foi uma solução amplamente respaldada e satisfatoriamente amparada pelo desejo comum de consolidar uma nova ordem social livre da irracionalidade dos desatinados, da livre deambulação dos insanos, do peso econômico dos incapazes para o trabalho regular. A passagem do século XVI para o século XVII constitui um cenário de importantes transições e acontecimentos. Consolidaram-se os efeitos do pensamento cartesiano que privilegiou a consciência como condutora da razão e que, por sua vez, era considerada a base da verdade. A razão, pensada ao modo cartesiano, alcançou status de nobreza do espírito humano. A razão, essência da sabedoria, representava o protótipo da concepção de um homem que havia superado os riscos da ilusão e da fé cega. A não-razão, portanto, passou a ser considerada o estágio de maior rebaixamento para um homem renascentista. Acreditava-se que a verdade só seria alcançada pela via da razão; só a consciência da verdade poderia evitar o erro e o engano. A razão, comprovada por meio do exercício da dúvida, automaticamente era tida como contraprova da loucura. Se há dúvida, há razão; se há razão, automaticamente a possibilidade da loucura está excluída; assim, “o perigo da loucura desapareceu no próprio exercício da razão” (FOUCAULT, 2005, p. 47). Em decorrência dessa valoração majorada em relação à razão, a loucura passou a ser um dos perigos e ameaças abertas ao *cogitus* do espírito cartesiano de modo que a loucura passou a ser considerada como algo desprezível. Aquele século testemunhou o surgimento de uma das primeiras justificativas para a exclusão do louco. De acordo com Foucault (idem, p. 47), “doravante, a loucura será exilada. Se o homem pode sempre ser louco, o pensamento, como exercício da soberania de um sujeito que se atribui o dever de perceber o verdadeiro, não pode ser insensato”.

A ordem social clássica sofreu consequências em decorrência das mudanças econômicas e sociais burguesas iniciadas desde o final da Idade Média com curva ascendente de consolidação no século XVII. O crescimento da organização da vida coletiva no formato de burgos, a diminuição do nomadismo, as mudanças no sistema de ‘trabalho’ repercutiram no aumento da pobreza, da mendicância, dos crimes, etc. Ao longo de toda a Idade Média, a mendicância foi assimilada pela retórica da piedade e comiseração; instituições cristãs ofereciam acolhimento e alimento como forma de caridade. A sensibilidade social relacionada à miséria mudou na medida em que o trabalho passou a ser valorizado em total contraponto à ociosidade. A miséria passou a ser entendida também como rebaixamento. A pobreza perdeu a sacralidade em decorrência dos novos valores e da nova moral nascente. Os pobres, os miseráveis, os vagabundos tornaram-se os novos personagens indesejados na paisagem desse período. Esses sujeitos passaram a ser considerados ameaças a ordem social e aos valores vigentes que elegeram o trabalho e a razão como atributos *sine qua non*.

A partir do século XVII, consolidou-se um novo olhar sobre a loucura que, por sua vez, gerou um novo *modus operandi* com a materialização de um conjunto de estratégias de manejá-la. Uma das principais mudanças foi a *dessacralização* da loucura, outrora vista por um viés metafísico – seja como dádiva celeste, ou como possessão demoníaca. O significado social da loucura foi transposto para o escopo da moral. Essa operação simbólica abriu espaço para o que foi caracterizado por Foucault como a “grande internação”. A loucura, “razoável desatino” que, no século XVI encontrava amparo no imaginário social e na caridade cristã, no século XVII, sob a égide do racionalismo cartesiano, é excluída da razão e “só terá hospitalidade doravante entre os muros do hospital” (FOUCAULT, 2005, p. 63).

Em toda Europa cresceu o número de “casas de força” em suas várias versões: casas de correção, casas de trabalho (*workhouse*) e outros locais de internamento de caráter difuso. Esses espaços se configuraram como instituições totais na mais precisa acepção do termo. Independente da sua face sanitária ou policial, uma instituição total isola o sujeito e o mundo, constituindo uma ambiência artificial própria com rituais e mecanismos coercitivos que produzem efeitos severos na organização subjetiva dos que nela permanecem, a exemplo da ‘mortificação do eu’ e da ‘despersonalização’, etc. De acordo com Erving Goffman (2010, p. 11), essas instituições podem ser caracterizadas como sendo lugares “onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e

formalmente administrada”. Para esse autor, tais instituições possuem o propósito de alterar radicalmente a personalidade dos sujeitos através dos diversos mecanismos de profanação do ‘eu’ do interno. Esses lugares induzem importantes mudanças nas crenças que o sujeito tem sobre si mesmo e sobre os outros, forjando uma espécie de “carreira moral” (idem, p. 24). O controle burocrático das necessidades, a administração regulada das relações sociais, a obrigatoriedade de uso do estojo das identidades institucionais, etc., fazem com que essas instituições sejam uma espécie de “estufa para mudar pessoas” (idem, p. 22). No conjunto de tais instituições estão também as prisões e os manicômios.

Por volta do século XVII, o internamento em ampla escala surgiu como uma nova racionalidade destinada a fazer uma gestão dos dramáticos efeitos sociais decorrentes das mudanças nos novos arranjos econômicos. De acordo com Desviat (1999, p. 15), “o enclausuramento em asilos de mendigos, desempregados e pessoas sem teto foi uma das respostas do século XVII à desorganização social e à crise econômica então provocadas na Europa pelas mudanças estabelecidas no modo de produção. Esse gesto inaugurou a “grande internação”. Em todo o continente europeu multiplicaram-se as experiências e dispositivos de internamento como resposta à queda no padrão dos salários, o aumento do desemprego, a escassez de moeda em circulação (FOUCAULT, 2005, p. 66). A expansão dessa prática é sensivelmente diferente do “internamento” realizado em séculos anteriores quanto aos propósitos e, fundamentalmente, quanto à amplitude. A internação com esse propósito foi uma ideia própria do século XVII. Em sua essência, visava encerrar nos muros das casas de força todos os indesejáveis, aqueles que eram considerados ameaças à ordem. Tratava-se da pretensa constituição de uma “cidade moral”, deduzida do “sonho burguês” (idem, p. 79).

O internamento já não ocorria por força da caridade, mas por propósitos políticos e policiais. Uma solução que combinou aspectos morais, sanitários e policiais para todos os sujeitos socialmente ‘indesejáveis ou incabíveis’. O internamento assumiu uma função mista entre prática sanitária e dispositivo correcional; a internação em larga escala caracterizou uma solução jamais vista, nem mesmo comparada com o aumento das prisões no auge do dogma na Idade Média. Desse modo, nasceu no “[...] momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se ao grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade” (idem, p. 78). Um rigoroso processo de marginalização, exclusão e higienismo social. Para com o louco, passou-se a fazer uso das “tecnologias de poder”

(FOUCAULT, 2010, p. 41). Tais recursos foram adotados para o controle político-sanitário da lepra, posteriormente destinados à peste e, por fim, destinado ao ‘governo’ dos loucos.

Por um lado, o trabalho como imperativo, moldado pelos novos sentidos a ele atribuídos, por outro lado, a retórica da razão cartesiana. Essa combinação compõe a principal força que catapulta o louco para a horda dos indesejáveis. Para todos os sujeitos destoantes do ideal construiu-se uma solução amplamente aceita: o internamento. Um mecanismo social que agregou tanto a função de manter a disciplina e ordem social como também a possibilidade de correção para os desviantes. Se, inicialmente, o internamento destinou-se a perfis sociais específicos, em pouco tempo tornou-se um ‘remédio’ abrangente, capaz de alcançar os mais variados tipos sociais. Devassos, dissipadores, homossexuais, mágicos, feiticeiras, suicidas, blasfemadores, profanadores, libertinos, filhos pródigos, vagabundos, jovens perturbadores da ordem, mas também todo um conjunto de condenados comuns que cometeram crimes os mais variados contra o patrimônio ou contra as doutrinas religiosas. Foram conduzidos ao internamento até mesmo abstratos personagens ‘morais’ como o sensual, o ímpio. Além deles, para esses espaços eram encaminhados os desatinados e insanos. Para Castel (1978, p. 21), as mesmas disposições correcionais valiam para os loucos e todas as outras categorias de desvios, situação em que os insanos correspondiam a uma subespécie dentro da categoria dos delitos passíveis de correção.

Muito antes de ser um tema médico, o internamento foi um tema da alçada da ordem pública, ou seja, um assunto eminentemente policial. Nas motivações iniciais que embasavam o uso desse expediente não se localizava compromisso com a ‘cura’; a questão a ser solucionada era de cunho moral. Nos espaços onde se internavam loucos e pobres havia a garantia da comida para os famintos e do trabalho para os ociosos. Para Foucault (2005, p. 56), o aprisionamento na forma de internação é um gesto que possui diversas significações; aí estavam contidas aspirações “políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais”, entre outras. O castigo, a punição, a exclusão social dos indesejáveis, o alívio para a miséria, o resgate da relação com o trabalho como valor sagrado da burguesia, etc. são alguns dos marcadores de sentido do internamento como política social.

As casas de internamento herdaram não só o lugar imaginário deixado pelos leprosários, mas, em muitos casos, ocuparam também o espaço físico daquelas instituições. Herdaram também o repertório de práticas comuns nos antigos leprosários, com acréscimo dos valores emergente. Num dos polos, o gesto da caridade praticada pelas instituições ligadas à igreja católica, que considerava a assistência aos pobres e doentes um dever

moral; no outro polo, a burguesia forçava uma ordem social para a miséria que alinhava a exclusão e o desejo de punição. Em todo caso, seja a caridade, seja a punição, só o internamento tornava possível a concretização desses propósitos. Estas instituições ofereciam a demonstração da felicidade social perfeita, ordenada e gerida de acordo com ideais dos grupos sociais de maior poder. As casas de internamento simbolizaram a cidade ideal, moralmente organizada, policialmente regulada. Foucault reconhece que (idem, p, 67) o número de casas de internamento cresceu principalmente nas regiões mais industrializadas de alguns países como a Inglaterra uma vez que, além de uma justificativa para prender os ‘vagabundos’ sem trabalho seria também uma forma de arregimentar mão de obra barata. Como ‘invenção’, a internação do século XVII fundou uma prática nebulosa com uma “[...] finalidade social que permite ao grupo eliminar os elementos que lhes são heterogêneos ou nocivos, há apenas um passo” (idem, p. 79). Nesse sentido, tratava-se de um trabalho profundo de reorganização moral (religiosa e burguesa) da realidade cotidiana. Em seu propósito, o mecanismo da internação buscava produzir o efeito correccional, determinado pelo “[...] tempo moral das conversões e sabedoria, tempo para que o castigo cumpra seu efeito” (idem, p, 116). Conversão, não cura. A conversão é um mecanismo de adaptação ao espaço institucional alcançado por meio de um conjunto de táticas sedimentadas no cotidiano da instituição que conduzem a importantes transformações subjetivas do interno. Para Goffman (2010, p. 61), na conversão, “o internado parece aceitar a interpretação oficial (ou da equipe dirigente) e tenta representar o papel do internado perfeito [...] o convertido aceita uma tática mais disciplinada, moralista e monocromática [...]”.

O internamento sincroniza e combina esses antídotos morais: exclusão e assistência, castigo e caridade. Além disso, ao longo de aproximadamente 150 anos, o internamento não prezava pela distinção dos tipos sociais; um mesmo espaço fechado poderia abrigar venéreos e loucos (idem, p. 87), criminosos e desordeiros; mesmo lugar e mesmo sistema punitivo. Contudo, essa indiferenciação foi se tornando menos absoluta. Na segunda metade do século XVII, em paralelo ao surgimento do sistema de ‘Hospital Geral’, surgiram os primeiros movimentos para reorganização do espaço interno das instituições. Entretanto, ainda não havia compromisso com a cura propriamente dita, mesmo porque a medicina não havia disputado o mandato social do domínio da loucura. De acordo com Castel (1978, p, 21), essas tentativas de “[...] diferenciação dizem respeito às exigências de gestão e de disciplina interna, e não à preocupação de realizar diagnósticos e tratamentos” dos insanos.

Em 1656 o rei Luiz XIII decretou a fundação do Hospital Geral de Paris (FOUCAULT, 2005, p. 49; SZASZ, 1971, p. 326). Num primeiro golpe de vista, tratava-se apenas de uma reorganização administrativa do conjunto de instituições de variados perfis: casas de caridade administradas pela igreja, pequenos hospitais, pensões mantidas por leigos, entre outros. Nesse primeiro momento, não se tratava de um estabelecimento médico propriamente dito, mas de uma estrutura de caráter semi-jurídico que, em aliança com os poderes constituídos no reino, tinha por competência as funções de decidir, julgar e executar as sentenças. Como disse Foucault (2005, p. 50), essa instituição possuía um estranho poder outorgado pelo rei que induzia a uma sobreposição entre o poder de polícia e o poder de justiça. Castel (1978, p. 21) afirmou que, em 1660, o parlamento parisiense decretou que “um pavilhão especial estaria reservado à ‘reclusão dos loucos e das loucas’”.

Ao longo da era clássica, a hospitalização e o internamento foram duas modalidades de enclausuramento que coexistiram. Efetivamente o louco poderia ser conduzido para cada uma das diferentes instituições, mas a hospitalização já apontava para algum manejo médico, ainda que mínimo. Castel (*idem*, p. 22) considerou que a clivagem entre internamento e hospitalização em Hospitais Gerais já marca a divisão entre o caráter público e privado da responsabilidade assistencial. Em geral, as prisões e os Hospitais eram financiados e administrados por fundações reais enquanto que as demais instituições pertenciam a congregações religiosas. Mais que isso, Foucault compreendia que havia uma diferença sensível entre as duas formas de “hospitalização”, a dos Hospitais e a das casas de correção; o ‘internamento’ era um procedimento decorrente de uma demanda relacionada ao direito, a ‘hospitalização’ propriamente dita pertencia a uma espécie de percepção social espontânea sobre a insanidade (FOUCAULT, 2005, p. 133). Ainda que seja associado a uma instância da ordem da monarquia e da burguesia, desde o decreto de fundação, o Hospital Geral contava com a visita de um médico com regularidade semanal em cada uma das ‘casas’ do Hospital. Mesmo assim, a assistência médica ocupava apenas um lugar secundário na instituição cuja função era apenas para evitar os efeitos decorrentes do próprio internamento, como a “febre das prisões” (*idem*, p. 115).

Na primeira metade do século XVIII, a organização interna de Bicêtre em Paris já contava com um sistema de divisão de espaços orientado por um princípio relativamente racional. Havia, num primeiro espaço, a casa de detenção com calabouços e celas para loucos; outro segmento era destinado aos pobres bons e aos paralíticos; ainda outro segmento destinado aos loucos e alienados sem ordem judicial e, por fim, um último setor reservado aos doentes venéreos (*idem*, p. 82). A hospitalização e o internamento

continuavam sendo procedimentos distintos, ambos ocorrendo independentemente da medicina (idem, ibidem). Somente a partir do século XVIII começou a aparecer mais nitidamente um tensionamento para que o Hospital respondesse pela função terapêutica. Assim, “o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII” (FOUCAULT, 2018, p. 171). A partir de então, emergiu uma nova consciência sobre a função do hospital que passou a ser considerado como espaço para curar enfermidades e evitar ser um espaço de proliferação das enfermidades comuns em situações de internamento. Antes disso, o Hospital era um dispositivo de manutenção da ordem, independente da medicina; por sua vez, a medicina também não tinha o hospital como referência ou campo de atuação. A relação de independência entre o hospital e a medicina permaneceu até meados do século XVIII quando correu uma significativa transformação em via de mão dupla: a medicina tornou-se hospitalar e o hospital passou a ser regido pela racionalidade médica, ou seja, passa a ser medicalizado (idem, p. 177). Além de um novo esquadramento organizacional daquele espaço outrora confuso, a medicalização do hospital introduziu uma série de mecanismos disciplinares. Ao médico foi delegado um poder disciplinar que lhe autorizava transformar todo o projeto institucional com base em procedimentos como vigilância, controle, classificação, ordenamento da distribuição dos corpos e espaços e registro rigoroso dos acontecimentos. Esse processo ocorreu em sintonia com a transformação das representações sociais sobre a loucura. Sistemáticamente, a abrangente noção de loucura foi confluindo para a noção de doença de acordo com a racionalidade da medicina na era clássica. No apogeu da influência das ciências naturais, a noção de doença estava circunscrita no funcionamento do organismo e, portanto, aí também estaria a etiologia das doenças mentais.

Szasz (1971, p. 169) afirmou ter havido uma grande metamorfose para “a mente moderna” que compeliu a uma “conversão ideológica”, transição do pensamento religioso para o pensamento científico. Para esse autor, a noção de doença mental é um dos produtos dessa mudança. Na disputa entre as narrativas, ao situar a loucura no escopo das ‘doenças’ organicamente determinadas, a medicina rompeu com o pensamento religioso e, de quebra, introduziu uma cisão importante no discurso jurídico que equiparava a loucura ao crime. Com essas operações a medicina recebeu um mandato social que a legitimou como guardiã da loucura por excelência; legitimamente autorizada, a medicina triunfou soberana no monopólio da loucura. De acordo com Castel (1978, p. 41), “[...] a loucura passa a ser objeto de uma percepção mais médica e as práticas a respeito dos insanos começam a diferenciar-se das que se destinam aos outros reclusos”. A medicalização da loucura não

significou o fim dos mecanismos de normalização determinados pelo sistema de justiça em resposta às demandas da burguesia; ao contrário, a celebração da medicina como discurso detentor de verdade e herdeira das tradições disciplinares fez da medicina moderna uma prática social, com *background* extensivo a todo o corpo social (FOUCAULT, 2018, p. 144). O discurso disciplinar médico ensaiado no interior do hospital foi projetado para fora dos muros institucionais fazendo com que, no século XVIII, fosse verificado um amplo movimento de “medicalização da cidade” (idem, p. 162). Do esquadramento arquitetônico da cidade ao ordenamento dos costumes, vê-se progressiva transformação dos problemas sociais em problemas médicos (SZASZ, 1971, p. 171).

É ponto consensual na literatura sobre o tema que a medicina do século XVIII ultrapassou em muito os limites de uma ação destinada ao tratamento das enfermidades. Contudo, há diferentes hipóteses sobre os reais motivos que tornaram isso possível, principalmente em se tratando da ‘medicina mental’, embrionária da psiquiatria. Para Szasz (1971, p. 20), a medicina passou a ocupar o vácuo produzido pelo declínio da força do discurso religioso, ou seja, a medicina -com seu discurso pretensamente científico- substituiu a ideologia religiosa. Para esse autor, a ameaça que as feiticeiras representaram ao longo de séculos declinou e desapareceu com o próprio declínio do discurso religioso. Em contraposição a isso, o novo século tinha uma nova ameaça, qual seja, a loucura. Ainda que tenha havido um sentido residual referente a um personagem social tido como ameaçador, ocorre uma mudança quanto a essa figura bem como em relação à matriz discursiva encarregada de proteger a sociedade do suposto risco. Desse modo, se o louco substituiu a feiticeira, o médico substituiu o líder religioso, inaugurando uma missão de definir a razoabilidade lógica motivadora das práticas de exclusão. Nos séculos anteriores o perigo era representado pela feiticeira e o inquisidor representava a proteção, o alívio do mal; na Europa do século XVIII o perigo era o louco, situação em que ao médico foi dado o mandato social para proteger a sociedade (SZASZ, 1971, p. 32).

A medicalização é definida como sendo um processo em que a vida dos humanos torna-se designada pela medicina com efeitos que repercutem nas regras de higiene, normas morais, costumes e comportamentos sociais. É uma espécie de apropriação e estruturação da vida e do cotidiano a partir do discurso médico. No caso específico da insanidade, a apropriação da loucura pelo discurso médico imprimiu o caráter de ‘benevolência’ às práticas tradicionalmente indignas dirigidas aos presos por cometimento de crimes. Posto nos mesmos espaços dos delinquentes, o louco oscilava numa ambivalência entre o horror e a piedade (CASTEL, p. 33). A racionalidade médica

apaziguou a crise instalada entre a necessidade de manter a ordem via exclusão e a justificativa formal para o uso de tecnologias punitivas; disso produz-se uma nova sensibilidade social na qual se considera que a “[...] a benevolência [médica] é iluminada pelo saber e se desenvolve numa relação institucional de dominação” (idem, *ibidem*).

Entre o poder da justiça e a força bruta da polícia, entre a perda de poder do familiar e o confisco do louco, entre uma ordem judicial o decreto de uma autoridade real, surgiu uma equação pacificadora: a solução médica. O saber médico consolidou-se como o único capaz de definir o diagnóstico e prescrever a intervenção na justa medida. Essa transferência do comando sobre a loucura instaurava uma nova relação entre as instâncias –família, justiça, administração provincial- tornada possível quando a medicina se introduz como viga-mestra. Para Castel (idem, p. 7), a medicalização da loucura, advento do espírito de época da modernidade, “surge da ruptura de um equilíbrio tradicional dos poderes, mais precisamente do desmoronamento da antiga base da legitimidade política [...]” em que, embora houvesse o mesmo propósito quanto à garantia da ordem, havia também conflito nas atribuições e desígnios entre diferentes instâncias de controle do louco. A medicalização - a ‘solução médica’- é o novo contrato instituído para o reequilíbrio desses impasses. Tratava-se de uma das invenções mais importantes para a história da loucura dado que a confusa relação entre os poderes acabou sendo transformada numa solidariedade entre as partes; isso Castel (idem, p. 12) denominou como e “primeira metamorfose”, ou seja, o triunfo de uma nova instância na condição de saber oficial designado para o monopólio sobre a loucura, uma nova relação de poder harmonicamente alinhada aos novos valores burgueses. Para esse autor (idem, p. 40), “a ‘medicalização’ não significa, de fato, a simples confiscação da loucura por um olhar médico. Ela implica na definição, através da instituição médica, de um novo status jurídico, social e civil do louco: a alienação”. Ao cabo desse processo decorre um duplo movimento: em primeiro lugar, instalou-se a separação entre medicina e justiça, ou entre loucura e crime, ou entre prisão e tratamento; em segundo lugar, os valores burgueses que motivaram a queda do Antigo Regime francês [a liberdade, por exemplo] somados à constatação do fracasso da prisão outrora tomada como solução para a insanidade geraram uma nova sensibilidade social. A loucura, como afirmou Castel (idem, p. 25), situada “[...] no centro de uma contradição insolúvel para a nova ordem jurídica que se instalava”, não era compatível com antigos espaços de internamento. Dessa sensibilidade social surgiu a demanda pela oferta de espaços exclusivos e adaptados para os loucos. Eis que a legislação francesa de

1790 determinou a “criação de grandes hospitais destinados aos insanos” (FOUCAULT, 2005, p. 463). Desse modo, surgiu uma nova instituição, qual seja, o asilo.

Na passagem entre os séculos XVIII e XIX, o asilo passou a ser a grande novidade no trato com a loucura. Ele agregou várias das aspirações de maior relevância no imaginário social. Preservava-se a tática de segregação como mecanismo imprescindível para tratar o louco e manter a ordem social; delegou-se ao saber supostamente neutro da medicina a responsabilidade pela condução do tratamento; supôs-se uma diferenciação espacial entre o lugar para o tratamento da loucura e as demais ‘casas de força’; por fim, esperava-se que o asilo oferecesse um repertório metodológico compatível com o sonho burguês que aliava a promessa da liberdade e a exigência da disciplina. Desde antes, as demais ‘casas de força’ haviam herdado o mesmo espaço social e as instalações físicas do leprosário; mas não somente o espaço físico, a herança trouxe no pacote um conjunto de práticas numa espécie de ‘corrente de transmissão’ dos sentidos e dos rituais de exclusão. Segundo Foucault (idem, p. 487/488), esse espaço tornou-se o novo responsável pela “[...] continuidade da moral social. Os valores da família e do trabalho, todas as virtudes reconhecidas, imperam no asilo. [...] O asilo atribui-se por objetivo o reino homogêneo da moral, sua extensão rigorosa a todos aqueles que tendem a escapar a ela”.

Respaldado pelo apreço social adquirido, essa nova instituição não era uma instituição nova, ou seja, não houve ruptura com as antigas instituições disciplinares; tratava-se apenas de reconfiguração num tipo de instituição cujo alicerce era antigo e profundo. Os arcos e colunas dessa nova instituição já estavam esquadrihados desde muito tempo antes. De acordo com Castel (1978, p. 69), ao final do Antigo Regime francês, em sincronia com a metamorfose que marcou o advento da medicina mental, todos os médicos se indignavam com o escandaloso enclausuramento dos loucos nos porões das prisões francesas; nesse espírito de época, os médicos apostavam no asilo como a representação do progresso, “contudo, prisioneiros de sua própria prática, não reconheceram o que subsistia do velho esqueleto sob nova construção”. O asilo representou uma transição, sem ruptura. Por um lado, aparentava ser a superação da institucionalidade da violência para com o louco, ou seja, “um asilo que não mais seria uma jaula do homem entregue à selvageria, mas uma espécie de república do sonho onde as relações só se estabeleceriam numa transparência virtuosa” (FOUCAULT, 2005, p. 474); por outro lado, o asilo teve em sua coluna de sustentação uma espécie de cristalização de antigas racionalidades e práticas sem progresso, “[...] o asilo será protegido

da evolução social, [...] sempre defasado em estruturas e símbolos anacrônicos, será um inadaptado por excelência, e estará fora do tempo” (idem, p. 485).

Se, para Foucault, o asilo se configurou somente a partir de sua herança, para Castel há de se reconhecer também as inovações nessa instituição. A emergência do asilo salvou as instituições disciplinares do descrédito a partir de renovações na problemática da loucura. Assim, é possível considerar também que “[...] o asilo terapêutico representa uma revolução ou que ele se inscreve na continuidade do desenvolvimento das instituições disciplinares” (CASTEL, 1978, p. 65). Para esse autor, trata-se de uma prática de *aggiornamento* em três registros de acontecimentos: a) uma nova forma de recrutar o público-alvo, já não mais motivada pela sequestração jurídica dos desviantes, mas agora fundamentada na natureza médica da loucura; b) buscou-se maximizar a eficácia das técnicas impostas, técnicas disciplinares, aprendizagem de regularidades, obediência e trabalho, técnicas sistematizadas coerentemente, uma racionalização da técnica e do poder aplicada numa instituição sem igual para sua eficácia e, além disso, a tecnologia médica forneceu a unidade que faltava para a imposição das tecnologias disciplinares na instituição; c) com a renovação da finalidade política que motivava o internamento, buscou-se estreitar a relação entre o comportamento e as normas dominantes, o duplo jogo justificado pelo desejo de alinhamento entre a neutralização e a reeducação dos desviantes.

No asilo ocorreu uma transformação substantiva nos propósitos do tratamento. Ao longo da era clássica, de acordo com Foucault (2005, p. 492), buscou-se “persuadir o louco de sua loucura a fim de melhor libertá-lo dela”. Na virada asilar do começo do século XIX, o propósito era o uso das tecnologias de poder, não para excluir simplesmente, mas para tornar possível, no espaço regulado da instituição, a racionalização e a administração da disciplina, um processo mais pedagógico que terapêutico. Foi nesse contexto que o tratamento moral passou a figurar como o recurso de maior relevância no cotidiano institucional. O tratamento moral é tanto uma racionalidade como um conjunto de procedimentos dela decorrentes. Para Castel (1978, p. 67), trata-se de “[...] uma tecnologia englobante que supostamente unifica, internamente, a diversidade das coerções (de ordem econômica, administrativa, pessoal, etc.) impostas ao recluso”. Uma pedagogia da ordem.

A racionalidade burguesa considerava a preservação da integridade do status familiar e a disciplina para trabalho como valores imprescindíveis, portanto, a base para a vida social. O tratamento moral foi o recurso usado como meio restaurador desses valores para quem, por desventura, havia desviado. Por meio da coerção, uso do medo, controle dos corpos, controle do movimento, colonização e conversão do ‘eu’ e outros métodos

autoritários empregados para introduzir um novo repertório moral no comportamento do louco, o tratamento moral se firmou como a arte sutil da disciplinarização. Como sinalizado por Foucault (2005, p. 322), “a cura novamente muda de sentido”. A questão já não era mais com uma doença manifestada em suas características orgânicas, mas com o reconhecimento da loucura como tendo um “[...] estatuto puramente psicológico e moral” (idem, p. 320). A ordem asilar se caracterizava pela rigorosa sistematização dos lugares, das ocupações e práticas dos internos, da administração do tempo bem como de um rigoroso escalonamento de regras e hierarquias imutáveis das quais se esperava um efeito educativo. Essa instituição produz uma espécie de ‘economia política’ e simbólica a partir do agrupamento de um conjunto de características e princípios compatíveis com os valores hegemônicos no século XIX. A começar pela reconfiguração do status do interno, não mais condizente com a tipificação de um criminoso, mas agora na condição de ‘doente’; isso solicita, por sua vez, um outro ‘código médico’ ao qual deve ser reconhecida a responsabilidade diagnóstica e terapêutica; além disso, com o tratamento moral essa instituição responde plenamente ao ideal disciplinar. O asilo revigorou a esperança do sucesso das instituições totais. A síntese asilar solucionou um conjunto de impasses éticos e administrativos. Para Castel (1978, p. 166), os asilos, essas pesadas construções plantadas nos confins das cidades, também pairam, portanto, sobre uma paisagem moral. O consenso social sai reforçado por sustentar, assim, nas margens da comunidade, uma representação, ao mesmo tempo discreta e espetacular, do destino daqueles que falharam. Os asilos, como as prisões, em sua arquitetura e sua localização geográfica são edificações imponentes, mas recuados da cidade; são ambientes fechados em que não se vê o que se passa lá dentro, porém suas colunas são visíveis desde longa distância; possuem formas comuns, mas revelavam-se construções típicas de fortalezas. Assim, assumem essa função dicotômica que, ao mesmo tempo, esconde e exhibe o inconfessável: todos precisam ver o que serve para esconder os indesejáveis sociais. Há nisso também um gesto ‘pedagógico’.

O fim da era clássica, como disse Foucault (2005), foi o cenário de dois importantes acontecimentos referentes à loucura: em primeiro lugar, o asilo nasceu como um lugar privilegiado, edificado para ser diferente do meio natural, destinado à prática terapêutica sistematicamente controlada em que se buscava maximizar os efeitos terapêuticos almejados, onde a medicina mental podia ser exercida em segurança; em sendo lugar, o

nascimento da psiquiatria como especialidade médica, com identidade própria no vasto campo das práticas da medicina<sup>2</sup>.

Com efeito, a medicina mental, outrora pouco expressiva e com lacunas significativas quanto ao conhecimento sobre a loucura, alcançou um patamar não existente anteriormente. Consolidou-se o alienismo enquanto discurso e prática, momento caracterizado por Castel (1978) como “a idade de ouro do alienismo”, uma nova ordem psiquiátrica. Na realidade, uma via de mão dupla: o asilo passou a ser o maior laboratório para o alienismo e este, por sua vez, passou a ser a base argumentativa do convencimento da necessidade do próprio asilo, desde que não se reproduzisse aquela violência que havia escandalizado a moral reformista. A crítica incidia não sobre a presença da violência nos espaços de internamento, mas sobre como usá-la de modo adequado. Do mesmo modo, a crítica não apontava para o fim do confisco da liberdade dos loucos e dos demais seres marginais, o fundamento da crítica apontava para a necessidade de que a privação de liberdade ocorresse com garantias jurídicas (DESVIAT, 1999, p. 17). Como se verificou, o confisco da liberdade do louco passou a acontecer chancelado pela justiça, determinado pela medicina, um laço difícil de ser desfeito. No universo asilar, conforme instituído no fim da era clássica, o acontecimento de destaque “[...] é a apoteose da personagem do médico” (FOUCAULT, 2005, p. 496). Nesse espaço o médico tornou-se quase soberano, em comparação com as antigas casas de força onde ele quase não tinha lugar nem no ordenamento da entrada e nem nos procedimentos do tratamento para com os internos. A abertura do asilo para o alienista permitiu-lhe a aquisição de um poder descomunal, poder de lei, de controle, de domínio incontestado, independente do conhecimento sobre a loucura. Contudo, “se a personagem do médico pode delimitar a loucura, não é porque a conhece, é porque a domina; e aquilo que para o positivismo assumirá a figura de objetividade é apenas o outro lado, o nascimento desse domínio” (idem, p. 498).

Essa transformação decorreu de uma operação de duplo acontecimento. Na ocasião em que as garantias jurídicas para a privação de liberdade tornaram-se uma condição preliminar ou jurisprudência obrigatória para o internamento foi também a ocasião em que, “[...] com Pinel, está nascendo uma psiquiatria que pela primeira vez pretende tratar o louco como ser humano” (idem, p. 132). As garantias jurídicas do louco passaram a ser asseguradas no mesmo momento em que a medicina foi legitimada como guardiã do cuidado do louco vocacionada a ofertar-lhe tratamento, como acontecia com as demais

---

<sup>2</sup> Ver o Capítulo 7 a seguir ‘conservação e mudança, da assistência hospitalar aos serviços substitutivos: paradigmas, contextos e o ‘espaço dos possíveis’.

enfermidades. Nessa curva ascendente das transformações no campo das racionalidades reformistas, cabe considerar que foi somente no século XIX que o hospital se tornou “meio prioritariamente médico” (CASTEL, 1978, p. 45).

Em 1801 Philippe Pinel publicou seu *‘Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale, ou la manie’*, obra inaugural compatível com o espírito de época da nomeação e catalogação das enfermidades em geral. Foi o primeiro esforço para sistematizar a descrição e classificação das doenças mentais, base epistemológica significativa para a época. Para Castel (1978, p. 73), “Pinel é o primeiro a fornecer a formulação de um conjunto de *corpus* teórico da ciência alienista, como também o primeiro a caracterizar o conjunto de sua prática hospitalar”. Com Pinel o alienismo passou a ter régua e compasso, marco determinante para a disjunção criadora dessa nova especialidade médica. Tratava-se de uma operação original; dela se forjou a imagem do louco como civilmente incapaz, o médico como tecnicamente apto para dominar a loucura e a prática emergente como ‘cientificamente’ embasada nos mais nobres valores positivistas. Tal conjunto de razões não conseguira formar unidade na era clássica.

Para Foucault (2005, p. 459), o gesto relevante da posição pineliana para demarcar a diferença foi o desacorrentamento dos alienados em Bicêtre. Entretanto, para Castel (1978, p. 60), o ato inaugural do alienismo pineliano não foi a retirada das algemas dos internos em Bicêtre, gesto que não é de menor relevância; Castel considera que o ato inaugural do gesto pineliano foi o novo ordenamento do espaço interno do hospital. Antes de Pinel já havia uma espécie de ‘linha evolutiva’ do conhecimento e das práticas médicas representadas pelos esforços progressivos para a criação de um quadro classificatório das enfermidades mentais, pela adoção de recursos medicamentosos ainda em caráter embrionário e pelas várias tentativas anteriores de reforma das instituições de internamento. A distribuição metódica dos espaços, a seleção rigorosa dos tipos clínicos e a obsessão classificatória fazem com que Pinel eleve à máxima potência o esforço de organizar o hospital o que, de acordo com o Castel (idem, p. 61), corresponde a uma “reforma administrativa”. Nesse sentido, para esse autor, (idem, p. 58), mais que um ideólogo, Pinel foi um “operador prático” da reforma institucional, um “novo *manager*”.

Por toda sua contribuição prática e teórica, Pinel é considerado o fundador da primeira especialidade médica (CASTEL, 1978; AMARANTE, 1996; TEIXEIRA, 2019). Num momento em que havia uma divisão entre clínica geral e clínica cirúrgica, a demarcação de um campo de atenção especial para a “medicina mental” teve uma dimensão inovadora, trazendo um novo vigor para a medicina que passou a se ocupar do

louco, campo anteriormente delegado às práticas caritativas e policiais. O alienismo pineliano introduziu no tratamento da loucura o conjunto de valores da modernidade francesa pós-revolucionária, além de agregar todas as demais racionalidades do espírito iluminista do século XVIII. Para Teixeira (2019, p. 544), a crença na ciência como indutora do progresso civilizatório foi um pensamento dominante. Além disso, acreditava-se na necessidade de reformas radicais tanto nas instituições públicas quanto nas relações do poder então caracterizado como absolutista. Ainda que com insuficiências, surgem os primeiros sinais dos direitos humanos modernos, como também as bases do novo ‘contrato social’ moldado pela ideia de cidadania esculpida pela talhadeira burguesa e liberal. Ao constituir uma nova disciplina médica, Pinel alinhava esses três domínios: a ciência, a revolução, os direitos humanos. O diálogo com o pensamento ‘científico’ dominante foi decisivo para que fossem introduzidos os princípios balizadores, segundo Teixeira (idem, ibidem): a) observação da manifestação e da evolução dos sintomas, como fundamento da clínica moderna; b) a semiologia como padrão organizador que observa e aborda terapêuticamente as doenças; c) o ‘método’ científico como condição de afirmação e validação do saber e da prática; d) a introdução da caracterização da ‘história natural’ das doenças que permitia descrever, nomear e ordenar os fenômenos clínicos. Por outro lado, além dos avanços gestados no encontro com a ciência, Pinel também foi um dos “ideólogos”, grupo de intelectuais de grande influência na França no final do século XVIII, em pleno momento revolucionário. Coube a Pinel a ousada adaptação dos ideais revolucionários para a prática nas *casas de força*; assim, buscou-se modular e enlaçar a liberdade e a igualdade, como princípios fundamentais, com a disciplina e a ordem ao sabor da ideologia burguesa e liberal. Buscou-se uma prática que não reproduzisse a violência física das *casas de correção/ casas de força* sem jamais romper com os métodos rígidos desenvolvidos para o estabelecimento da ordem disciplinar. Por fim, Pinel lapidou uma complexa síntese entre os direitos humanos, nascidos com inspiração liberal, e a loucura. O desacorrentamento dos loucos, a abolição dos sacrifícios físicos praticados na instituição, a reorganização da população internada de acordo com os motivos do internamento, maior rigor para admissão no internamento, etc. fizeram com que esses gestos funcionassem como denúncia social da instituição a qual se queria superar. Como disse Castel (1978, p. 69), o nascimento da “medicina mental” com a prática dos alienistas faz surgir um sentimento de indignação generalizada que explicitava o escândalo do enclausuramento dos loucos nas velhas instituições prisionais. Mas, o corte original introduzido por Pinel foi paradoxalmente seguido por uma racionalidade que moldou o

asilo como um lugar de ‘isolamento’ desde então justificado como sendo terapêutico. Com Pinel o isolamento asilar foi afirmado como uma condição indispensável, sem que isso gerasse qualquer incongruência com o princípio da liberdade. Mais que isso, sob a orientação de Pinel o asilo se transformou no lugar de imposição do ‘tratamento moral’, mecanismo que impôs ao louco uma nova ordem de constrangimento e sofrimento. Em face dessa ambiguidade, de acordo com Foucault (2005, p. 488), “num único e mesmo movimento, o asilo, nas mãos de Pinel, se torna um instrumento de uniformização moral e de denúncia social”, uma contradição que marcará toda a história do legado do alienismo.

Os alienistas apostaram todas as suas fichas no asilo como o próprio instrumento terapêutico, nele estavam contidas as condições ideais para o tratamento. Somente nele havia condições efetivas para adoção das táticas do tratamento moral. O isolamento passou a ser tido como um propósito terapêutico, condição primeira para o controle da doença. A relação de autoridade entre o médico e o paciente, segundo estágio dessa aspiração terapêutica, pressupunha um tipo de cena que somente uma instituição sistematicamente controlada poderia permitir. Essa síntese do alienismo ainda resolveu outros impasses nos quais as antigas casas de força esbarravam: a repressão política e a arbitrariedade do internamento. No asilo o alienista assumia boa parte do poder decisório e, com isso, assumia também uma função de representante da ordem social. Como disse Castel (idem, p. 81), “o alienismo é, efetivamente, a primeira forma de ‘psiquiatria social’”. Além disso, na medida em que a nova especialidade se integrava plenamente no aparelho do Estado, a ‘psiquiatria’ passou a ter um papel político, ou seja, o mandato social da nova especialidade continha um imperativo político, “os alienistas elaboraram um dispositivo técnico capaz de resolver certos problemas agudos de controle das populações marginais” (idem, p. 139); tratava-se de uma força capaz de silenciar as feridas abertas em decorrência do próprio processo civilizatório a serviço da ordem moral hegemônica. Castel (idem, p. 183) reconheceu que os asilos se mantiveram de pé porque ofereciam respostas a necessidades sociais e médicas, em diferentes lugares e em diferentes tempos e, assim, tendiam a se aperfeiçoar. Aí reside uma das grandes dificuldades de superação dos modelos, dos métodos e das instituições asilares presentes até hoje no Brasil e, em especial, na Bahia<sup>3</sup>.

Para Foucault (2005, p. 489), o asilo idealizado por Pinel materializava as “sínteses morais”, não um espaço de natureza e verdade, pois corresponde ao lugar onde se

---

<sup>3</sup> Esse tema será discutido no Capítulo 8 “Caracterização da assistência psiquiátrica hospitalar: passado e presente da reorientação do modelo assistencial na Bahia” a seguir.

presentifica “[...] um domínio uniforme da legislação”. De acordo com Szasz (1971, p. 342), embora Pinel tenha se oposto ao uso das correntes no asilo, ele também fez uso de métodos coercitivos e repressivos, denominados de ‘tratamento moral’, como já visto. Não bastasse a superioridade do poder médico enraizado em cada uma das “cerimônias institucionais” (GOFFMAN, 2010, p. 84), nunca houve qualquer comprovação cientificamente validada que conseguisse justificar a relação causal entre tratamento moral e ganho terapêutico. O fato é que o mandato social recebido pela medicina mental dos alienistas esteve submetido a um imperativo político determinado pelos compromissos morais do século XVIII, como apontou Castel (1978, p. 138). O tratamento moral era parte de um projeto muito maior que apostava na possibilidade de modificar o comportamento desviante e alinhá-lo aos propósitos burgueses. O argumento técnico - tratamento moral e isolamento terapêutico - era o manto que revestia a base ideológica de alguma credibilidade supostamente científica. Esses procedimentos garantiram uma narrativa que suavizou a relação de forças desfavorável ao louco, mas completamente condizente com a sensibilidade social da época. Na agenda política dos primeiros alienistas estava o compromisso ideológico de normalização da vida de acordo com os valores dominantes; para tanto, a medicalização da sociedade tornou-se uma estratégia imprescindível. Desse modo, a medicalização se manifestava nas seguintes operações: para os cidadãos não loucos, o esquadrinhamento da cidade e a padronização da vida cidadina com as medidas de higiene públicas também em momento de gestação; para os loucos, o tratamento moral como recurso para disciplinar os desviantes. Inequivocamente o internamento foi e continua sendo uma prática social; contudo, num primeiro momento, a desqualificação, a marginalização, a exclusão, aspectos que caracterizaram certa forma de economia do poder sobre o louco, foi sendo atravessada por uma expectativa de manejo da patologia e reestabelecimento da organização mental, das paixões e das virtudes.

Considerando o esquema usado para diferenciar as tecnologias de poder adotadas em relação à lepra e a peste, Foucault (2010, p. 40; 2018, p. 156) afirma que o controle político sobre a ‘lepra’ suscitou exclusão e distância enquanto que o controle da ‘peste’ permitiu organizar a cidade numa disciplina de quarentena ou aquartelamento com uma aproximação mais sutil do poder em relação aos indivíduos. Nesse segundo momento, relativo ao manejo da peste, buscou-se maximizar o poder médico pela intensificação do controle sobre a vida. Foucault denomina essa ‘economia de poder’ como sendo uma ‘tecnologia positiva de poder’, cuja crença consiste no fortalecimento da vida ou mesmo no reestabelecimento das condições de saúde. De certo modo, o tratamento moral reproduz

um pouco das duas racionalidades: não prescindia do isolamento, mas também se nutria dessa possibilidade de ‘retorno’ à normalidade por meio do domínio das paixões delirantes, considerada uma das causas da loucura. O domínio das paixões era a via para o reestabelecimento do contrato social de acordo com as expectativas sociais hegemônicas. Essa era uma crença dominante nos primórdios do alienismo.

Na virada do século XVIII, principalmente no período que sucedeu a Revolução Francesa, o alienismo ampliou sua base intelectual. Um conjunto de destacados interlocutores passou a produzir um corpus teórico que imprimiu certa credibilidade ao movimento em curso. Jean-Étienne Dominique Esquirol, eminente discípulo de Pinel, deu um importante passo para semiologia psicopatológica ao introduzir o conceito de “monomania”; com isso redimensionou o próprio conceito de loucura. Desde então passou-se a considerar que a loucura se apresenta com diferentes formas, incluindo a possibilidade de ‘desordens’ ou delírios parciais, não generalizados, que estariam limitados a um objeto único ou a um grupo restrito de objetos ou temas. Esquirol considerava que um tipo específico de monomania estava ligado ao afeto ou às paixões, caracterizadas pelo desregramento, excesso, expansividade. Para Machado *et al.* (1978, p. 390), “é esse o tipo de loucura que pode ser chamado de moral”. Com isso, vê-se que Esquirol também contribuiu para uma etiologia que avaliava a loucura como um fenômeno de ordem moral. A justificativa de Esquirol para adoção do tratamento moral estava perfeitamente sincronizada com sua perspectiva etiológica, tendo sido ele próprio um dos grandes colaboradores na sistematização do método. De acordo com Castel, (1978, p. 42), entre os primeiros alienistas, Esquirol foi um dos que mais se destacou no uso do prestígio oficial obtido pela nova especialidade para levar adiante a consolidação daquele projeto político de consolidação dos asilos e, conseqüentemente, do modelo teórico e metodológico do alienismo. Esquirol criou um axioma que se tornou referência segundo o qual “uma casa de alienados é um instrumento de cura; nas mãos de um hábil médico ela é o agente, terapêutico mais poderoso contra as doenças mentais” (apud CASTEL, 1978, p. 44). Esse autor se notabilizou não só por ser considerado o primeiro especialista, depois da parceria com Pinel na Salpêtrière, mas por ter aglutinado em seu entorno todos os grandes nomes do alienismo francês do período. De acordo com Castel (1978, p. 71), pela orientação acadêmica de Esquirol passaram grandes representantes do movimento alienista como: Falret, Pariset, Ferrus, Georget, Voisin, Leuret e, um pouco mais tarde, Trelat, Calmeil, Foville, Lassegue, Chambeyron, Evrat. Tanto Pinel quanto Esquirol tiveram protagonismo como agentes de influência política, o que lhes possibilitou influenciar os decisores da

política ao ponto de convencer todo um sistema político e jurídico em favor das teses por eles defendidas. A simbiose entre alienismo e Estado passou a ser de grande relevância na formatação do projeto da modernidade nos séculos seguintes, tendo como efeito explícito a transformação do modelo alienista em política de Estado.

No final do século XVIII, a influência do alienismo já havia atravessado fronteiras continentais. Nos Estados Unidos da América, o notável Benjamim Rush, médico e político influente, membro do Congresso Continental<sup>4</sup> e signatário da Declaração de Independência americana em 1776, dois anos antes da Revolução Francesa, já adotava um perspectiva idêntica ao que estava acontecendo com o movimento alienista francês. Durante anos atuou no Hospital da Pensilvânia onde pôde desenvolver sua base teórica e seus ‘instrumentos terapêuticos’, a exemplo do “tranquilizante” - cadeira onde o paciente era mantido amarrado pelos pés e mãos, onde se pretendia reduzir o movimento muscular e o pulso (SZASZ, 1978, p. 181) – entre outros equipamentos. Benjamim Rush ficou consagrado como o pai da psiquiatria americana. Seu livro intitulado “*Pesquisas e observações médicas sobre as doenças da mente*”, publicado em 1812, durante longo período foi o único tratado americano sobre psiquiatria. Em consonância com as crescentes críticas que acusavam os Hospitais Gerais de reproduzirem maus-tratos com os internos, Rush formatou um projeto de psiquiatria que tentou superar as práticas consideradas desumanas através da adoção de metodologias de ajustamento e disciplina compromissadas com as expectativas dos discursos hegemônicos referentes à convivência social, ordem pública e capacidade laboral. Essa ‘nova’ disciplina reproduziu e atualizou a narrativa da loucura como um problema moral, para o qual se deveria administrar metodologias de ajustamento de acordo com exigências sociais vigentes na sociedade estadunidense. Com isso se reiteram os princípios do alienismo francês: humanismo arcaico, isolamento terapêutico, tratamento moral.

Rush ampliou a nosografia psicopatológica. Sob sua ótica, um conjunto de acontecimentos que anteriormente eram inseridos no quadro dos fenômenos sociais passaram a ser registrados como manifestações patológicas, um franco processo de medicalização da sociedade. Como exemplo, segundo Szasz (1978, p. 174), “Rush iguala conformismo social e saúde mental, e inconformismo social e doença mental”, cabendo ao médico a arbitragem sobre sanidade ou insanidade mental. Sua codificação nosográfica foi estendida a comportamentos regulares como a ingestão de álcool que foi catalogado como

---

<sup>4</sup> Verbete da Encyclopædia Britannica. Disponível em: <https://www.britannica.com/biography/Benjamin-Rush>

‘alcoholismo’ que, por sua vez, foi enquadrado por ele no elenco dos transtornos do impulso. Em sua prática, ainda que tenha buscado introduzir valores humanísticos em relação ao tratamento dos loucos, o que se viu foi a reintrodução de mecanismos coercitivos, castigos e mesmo a introdução de equipamentos de tortura justificados como parte do tratamento moral. De acordo com Szasz (idem, p. 184), em seu histórico como ideólogo, é possível notar que “o pai da psiquiatria americana aparece como uma pessoa autoritária, dominadora, violenta e fanática que via doença mental em toda parte, e que estava disposto a usar as medidas mais aterrorizantes para controlar esse tremendo flagelo”.

Movimento iniciado na segunda metade do século XVIII, ao longo do século seguinte, o alienismo cresceu em várias partes do mundo, principalmente no continente europeu. Os reformadores, como ficaram conhecidos esses interlocutores, defendiam transformações humanitárias nos antigos hospitais para transformá-los em asilos moldados pelo saber emergente. Ganhou versões adaptadas em vários países. Na Itália, Vincenzo Chiaruggi; na Inglaterra, William Tuke; nos Estados Unidos, Benjamim Rush; na França, além dos já citados anteriormente, cabe destaque para Joseph Daquin e especialmente para Pierre-Jean-Georges Cabanis, fisiologista, filósofo e deputado reformista de Paris que descobriu em Pinel o “operador prático” (CASTEL, 1978, p. 57) capaz de levar adiante as transformações radicais no sistema socioassistencial francês. Nesse sentido, de acordo com Oda e Dalgalarondo (2004, p. 135), “tratava-se, portanto, não de atos isolados de filantropos, mas do delineamento de uma nova forma de encarar a loucura e os loucos, mudança essa estreitamente ligada ao espírito predominante de uma época”.

É relevante o fato de que, no corpo da medicina, a psiquiatria nasce fora da clássica divisão entre clínica médica e clínica cirúrgica. Desse modo, a psiquiatria surge como um braço da higiene pública. Para Foucault (2010, p. 100), “[...] a psiquiatria, tal como se constitui no fim do século XVIII e início do século XIX, principalmente, não se especificou como um ramo da medicina geral [...], mas antes como um ramo especializado da higiene pública”. A psiquiatria foi forjada com o compromisso de proteger o corpo social dos perigos da loucura. Como retórica da proteção social ou higiene do corpo social a psiquiatria adotou a ‘prevenção’ como práxis instituinte do seu modo de ser. Obviamente proteção para a ordem social da sociedade burguesa, urbana, liberal. Pinel havia sido professor das disciplinas de física e higiene no curso de medicina em Paris. No momento histórico em que a semente do alienismo foi plantada surgiu uma organização social denomina de ‘corrente dos reformadores’ onde o espírito da filantropia e do higienismo

eram partes do mesmo projeto; coube “[...] à corrente dos reformadores da assistência, higienistas e filantropos, frequentemente médicos, que sobreviveram a todas as convulsões políticas, [...] realizarem, progressivamente, essa síntese burguesa da ordem e do progresso, que eles preconizavam” (CASTEL, 1978, p. 57).

Só tardiamente, já no século XIX, a psiquiatria conseguiu se descolar formalmente da higiene pública. Para Foucault (2010, p. 101), a prática da psiquiatria, por um lado, “fez funcionar toda uma parte da higiene pública como medicina e, por outro, fez saber, a prevenção e a eventual cura da doença mental funcionarem como precaução social [...] para se evitar certo número de perigos”. Para Castel (1978, p. 97), “o alienismo trata de um problema social e desenvolve uma prática *coletiva*. Ele pode, assim, aparecer como vanguarda no movimento higienista, propondo-lhe seu esquema de intervenção cientificamente mais reconhecido”. Trata-se de uma constatação demasiadamente relevante uma vez que a expansão da psiquiatria em muitos países, a exemplo do Brasil, como será visto adiante, decorre exatamente de semelhante demanda de higienização do espaço social em que segmentos dominantes buscam a garantia da ordem e da prevenção contra supostos riscos sociais decorrentes da simples presença do louco. É possível que esse espectro fantasmagórico seja um dos motivos refratários à superação do paradigma manicomial em todas as experiências de reforma psiquiátrica na contemporaneidade.

No século XIX ocorreu a consagração do discurso e da prática da psiquiatria. Para Castel (1978) essa foi a “idade de ouro”. Não mais nomeada de ‘medicina mental’ ou alienismo, a psiquiatria conseguiu construir em movimento ascendente a unificação de seus códigos teóricos, nosográficos, suas tecnologias e, fundamentalmente, sua institucionalidade. A medicalização da sociedade já vinha numa curva crescente desde o século anterior em vários países europeus, mas principalmente destinada ao controle social dos pobres (FOUCAULT, 2018, p. 169); a psiquiatria foi amplamente beneficiada por esse espírito de época, sendo dialeticamente produto e produtora desse estado de coisas. Todo esse conjunto de acontecimentos que transformaram a representação e a função do asilo no século XIX também catapultaram a figura do psiquiatra, elevando-o à condição de “[...] ‘mestre da loucura’, aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquele que a domina, a acalma e a absorve depois de tê-la sabiamente desencadeado” (idem, p. 204).

No cenário político no contexto francês, a aprovação da Lei de 1838 foi um importante marcador histórico para uma solução formal dos vários impasses entre administração, medicina e justiça. A partir dessa lei, a administração dos asilos passou a

ser realizada por médicos, não por opção institucional, mas por determinação legal. Com isso, rompeu-se com o caráter ‘caritativo’ e ‘a-científico’ que ainda dominava a paisagem dos asilos. Isso representou a maximização formal da medicalização do asilo. A partir dessa lei também se estabeleceu uma fronteira mais nítida entre o poder psiquiátrico e o poder judiciário nos procedimentos de internamentos compulsórios ou não, tais como: o sequestro, a interdição, o internamento. Considerada progressista para o momento, a lei francesa foi parâmetro para a organização legal da política estatal para loucura em vários outros países.

No que diz respeito ao repertório terapêutico, o ‘tratamento moral’ ganhou robustez teórica. Segundo Castel (1978, p. 8), esse conjunto de acontecimentos, além de sedimentar a psiquiatria num solo cada vez mais seguro, acabou por institucionalizar uma “nova estrutura de dominação” ou uma nova “forma de tutelarização”. De acordo com a análise desse autor, o paradigma dominante na psiquiatria do século XIX, a idade de ouro do alienismo, foi uma espécie de “utopia totalitária”. Essa tese é também reforçada por todas as contribuições foucaultianas relativas à ‘ordem disciplinar’ que se manteve em espiral ascendente ao longo daquele século. Foucault sempre ressaltou que a psiquiatria se consolidou como uma prática de poder sobre o corpo individual e sobre o corpo social. Como disse esse autor (2006, p. 5), a psiquiatria, “[...] a instância médica que, como vocês vão ver, funciona como um poder muito antes de funcionar como um saber”.

Contudo, ainda no século XIX, surgiram as primeiras dissidências e críticas ácidas ao instituído no triunfo da psiquiatria. De acordo com Castel (1978, p. 179), “a partir de 1860 aparece, com efeito, uma série de críticas que, apesar de não serem combinadas, atingem simultaneamente a todo e a cada um dos elementos da síntese alienista”. Denúncias de internações arbitrárias, violações de direitos, críticas ao instrumental tecnológico adotado no tratamento moral, conflitos entre a ordem psiquiátrica e a ordem jurídica não equacionados nem mesmo com a lei, a miséria dos asilos públicos, o excessivo lucro das instituições privadas de tratamento da loucura, a baixa eficácia terapêutica do modelo adotado são apenas alguns dos vários aspectos criticados. Ao longo do século XIX e na primeira metade do século XX, para Castel (idem), ocorre uma série de decomposições e recomposições do modelo. Todas essas tentativas de reforma surgem da crítica ao modelo hegemônico e tentam apontar respostas alternativas. Contudo, de modo um tanto niilista, Castel considera que tentativas, principalmente a reforma de setor na França, produziram uma espécie de “*aggiornamento*” em função do qual a própria psiquiatria é reposicionada no âmbito da medicina e também na sociedade como um todo.

Desse modo, em que pese o reconhecimento das tentativas de ‘reforma’, três ou quatro importantes tentativas mais consistentes, “pelo menos até o presente, os sumo-sacerdotes da psiquiatria tudo fizeram para guardar o controle das mudanças” (idem, p, 10).

Desse campo de tensão intra e extra-discurso psiquiátrico, brotaram diversas tentativas de reforma ao longo do século XX. Numa perspectiva foucaultiana, o grande dilema colocado para a psiquiatria do século XX está situado na relação de poder: entre o psiquiatra e o louco, entre a psiquiatria e a verdade, entre o psiquiatra e a sociedade. Na experiência europeia, precisamente naquela influenciada pela psiquiatria alternativa ou psiquiatria democrática no século XX, com Franco Basaglia, Ronald Laing, Franco Rotelli, David Cooper, “[...] o que foi questionado é a maneira pela qual o poder médico estava implicado na verdade daquilo que dizia [...] todas as grandes reformas, não só da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno dessa relação de poder [...]” (FOUCAULT, 2018, p. 206). A psiquiatria democrática italiana introduz dois dilemas para a racionalidade psiquiátrica instituída e dominante nos três últimos séculos. O primeiro deles é uma questão ética: como neutralizar o poder psiquiátrico capaz de fabricar uma verdade sobre a loucura e capaz de orquestrar um domínio absoluto sobre o corpo que edificou uma ‘biopolítica’ sobre a loucura? O segundo dilema é assistencial-sanitário representado pelo incessante debate sobre a necessidade de criação de um modelo institucional capaz de viabilizar a superação da lógica manicomial centrada na hospitalização, no isolamento, na segregação e na violência institucional.

No tópico 3.4 a seguir será apresentada uma análise mais aprofundada sobre as reformas psiquiátricas como objeto, com ênfase para a experiência italiana que inspirou a agenda da política brasileira de saúde mental na segunda metade do século XX.

### **3.2 - A assistência psiquiátrica no Brasil: da influência francesa à influência italiana**

O início do século XIX foi marcado por importantes acontecimentos no campo da ciência e da política que abalaram a geopolítica do continente europeu. A França, expoente no campo científico e potência bélica, ainda sob os efeitos dos últimos estágios da Revolução de 1789, viu a ascensão de um estrategista militar de alta capacidade de influência. Em 18 do mês de Brumário do ano VIII, ou maio de 1804, Napoleão Bonaparte, general responsável por expressivas conquistas em importantes batalhas bélicas, tomou o poder por meio de um golpe de estado, tornando-se imperador francês, representante de uma aliança entre militares e girondinos. O regime monárquico estava em franco declínio

em toda Europa. Em função da repercussão da revolução francesa, muitos reinos próximos sentiam a ameaça, a influência da queda da monarquia francesa e os consequentes efeitos políticos. O espírito bélico e expansionista do novo imperador conduziu a França para um ciclo de conflitos com países próximos ao longo dos dez anos em que Bonaparte governou o país.

Em novembro de 1807, um dia antes da tomada de Lisboa por tropas francesas, a família real portuguesa zarpar para o Brasil trazendo sua estrutura de pessoal (corte, nobreza, serviçais, parte do exército, etc.) e atracou em solo brasileiro em janeiro de 1808, inicialmente em Salvador, seguindo posteriormente para a cidade do Rio de Janeiro, então capital federal. A chegada da família real impactou significativamente a vida nos centros urbanos ainda poucos e considerados atrasados quando comparados ao “padrão” europeu da época. A vinda da estrutura real desencadeou importantes mudanças no cotidiano da colônia em setores estratégicos como a urbanização, a saúde e a educação. O aumento da população urbana e as consequentes repercussões sanitárias logo cedo impuseram a necessidade de desenvolvimento de estratégias de controle dos fatores que ameaçavam a ordem social e a saúde pública nas primeiras formações urbanas no Brasil, algo parecido com o que havia acontecido nas cidades europeias do mesmo período. O número de centros urbanos se multiplicou impulsionado pelas crises no antigo sistema de produção econômica com base no trabalho escravo e na monocultura agrícola. A decadência do sistema de lavouras gerou uma multidão aglomerada nas províncias/cidades com condições absolutamente precárias, o que motivou a população urbana com alguma influência econômica e/ou política a cobrar das autoridades constituídas providências para controle do caos instalado. Com o processo de independência do Brasil em 1822 tornou-se ainda mais promissora a possibilidade de uma solução já que as decisões políticas e rumos administrativos não mais dependiam de Portugal. Efeito contíguo, intensificou-se o volume de cobranças dirigidas ao Rei.

O Brasil já tinha uma ‘burguesia’ nacional bem como uma racionalidade médica doméstica com um maior número de médicos formados por egressos da primeira faculdade de medicina constituída ainda em 1808 em Salvador. Por um lado, formava-se uma racionalidade sanitária que sinalizava a necessidade de esquadrihar a cidade, traçando estratégias de controle das doenças e das condições ambientais favoráveis à expansão de agravos sanitários; por outro lado, o Rei buscava se afirmar politicamente na medida em que satisfazia parte das demandas reclamadas pela população. A medicina tornava-se um elemento de ligação e de apaziguamento na relação entre o governo e o povo. De acordo

com Machado *et al.* (1978, p. 23), o “médico é, portanto, uma personagem que figura na relação entre o Rei e seus vassallos através da presença da doença e da morte”.

Se num primeiro momento a racionalidade sanitária vinculada ao conceito de higiene pública foi uma retórica para pressionar a administração da colônia, em pouco tempo a correlação de forças se inverteu. O argumento outrora usado como gatilho para pressionar as autoridades constituídas passou a ser usado por essas mesmas autoridades como a justificativa para a imposição de uma disciplina e para garantir a ordem social e sanitária, bem ao sabor dos grupos dominantes. A Coroa passou a assumir a responsabilidade sobre a saúde da população e, em compensação, exigiu o controle da vida social, uma espécie de governo dos corpos. No limite dessa operação estava o progressivo controle da vida, a biopolítica, “um sonho político-médico de boa organização das cidades” (FOUCAULT, 2018 p. 156). A medicina acabou por se tornar uma aliada do poder dominante; como efeito último, ela mesma se tornava uma estratégia biopolítica. Originou-se uma gestão sobre a vida caracterizada como administração e cálculo com objetivo de garantir a utilização e docilidade dos corpos, uma estratégia completamente condizente com o novo espírito de época no qual se buscava disciplinar a vida na urbanidade e garantir a ordem social bem como se pretendia ampliar a capacidade e a força de trabalho de acordo com o novo modelo econômico originado com o declínio da lavoura, no caso brasileiro, e na superação da manufatura, no caso europeu. O conceito de biopolítica deve ser entendido aqui como “[...] poder de devolver a vida ou de causar a morte” (FOUCAULT, 2013, 152).

Desse modo, para o início de uma averiguação sobre o surgimento da assistência psiquiátrica no Brasil, cabe considerar dois importantes aspectos sinalizados por Machado *et al.* (1978, p. 12): em primeiro lugar, para se obter uma certa ‘arqueologia’ do saber, convém questionar o papel desempenhado pelas instituições sociais (hospitais, por exemplo) como mecanismo de controle dos corpos e das populações por meio de uma ação visceralmente ligada a um saber (das ciências humanas, sociais, médicas, etc.); em segundo lugar, o “desvelamento do passado, do modo específico de emergência das configurações atuais, é indispensável para uma percepção mais lúcida do presente”. Assim sendo, o resgate da história da assistência psiquiátrica no Brasil é uma chave importante para a compreensão da atual conjuntura das políticas públicas no campo da saúde mental. Há de se verificar aí não só as linhas de continuidade e ‘trajetórias de dependência’, mas, principalmente, as descontinuidades e rupturas que foram configurando a história como um

mosaico<sup>5</sup>. Como dito por Hobsbawm, a história nos oferece um repositório de precedentes. Eis a relevância do retorno ao passado. Venancio e Fachinetti (2016, p. 178) consideram que, nos estudos historiográficos sobre a psiquiatria e as instituições psiquiátricas no Brasil, há três tradições analíticas, a saber: o primeiro grupo de estudos priorizou uma perspectiva mais tradicional ou continuísta da história, apresentando uma sucessão dos acontecimentos lineares; um segundo grupo de estudos, inspirado no método foucaultiano, opõe-se ao primeiro grupo ao aprofundar a análise dos saberes e das discontinuidades (PORTOCARREIRO, 2002), portanto, abdicando da perspectiva linear; há ainda um terceiro grupo de trabalhos, que busca um diálogo com a antropologia, a psicanálise e a história. O presente texto se situa na área de intersecção entre os dois últimos grupos. Mesmo havendo diferentes perspectivas de análise, todas elas concordam quanto à datação histórica do nascimento da psiquiatria e suas instituições no Brasil. O século XIX, mais especificamente o período posterior à instalação da família real no Rio de Janeiro, fundamentalmente após o advento da independência do Brasil, é reconhecido como o período inaugural dessa história.

Para Machado *et al.* (1978, p. 19), é também nas primeiras décadas do século XIX que começa a se constituir um projeto de medicina social no Brasil de modo que a psiquiatria passou a fazer parte desse projeto mais amplo que pretendia produzir uma medicalização social. Para esse autor, é preciso entender a política de saúde nesse período como objeto de reflexão e intervenção e sua vinculação com as características gerais da administração da colônia. O amplo projeto da medicina social, também descrito por Foucault a partir da análise do contexto europeu do século XVIII e XIX, transformou a prática médica em uma ‘prática social’ -muito além de uma prática individualizada e desimplicada das questões sociais-, seja como causa ou como efeito das questões sociais mais amplas. Assim sendo, para Foucault (2018, p. 144), “a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* certa tecnologia do corpo social: que a medicina é uma prática social [...]”. No final do século XVIII, a Alemanha transformou a medicina numa espécie de “ciência do Estado”. Aliada ao aparelho político estatal, a política médica foi sendo transformada gradativamente em polícia médica. A adoção da noção de ‘normal’ foi o elemento desencadeador da normalização do médico e do próprio saber sobre a saúde. A ‘normalidade/normalização’ tornou-se um ideal a ser alcançado e o médico tornou-se um operador prático na busca da normalização social a serviço do Estado. Por outro lado, na França, a medicina social estava ocupada com o esquadramento do espaço urbano por

---

<sup>5</sup> Ver tópicos 7.1 e 8.1 a seguir.

razões econômicas e razões políticas, o que Foucault (idem, p, 154) chamou de “medo urbano, medo da cidade, angústia diante da cidade [...]”. O ordenamento urbano, a hipervigilância, a hospitalização, etc. compunham o sonho político-médico da perfeita organização sanitária de um ambiente urbano. Nesse contexto a higiene pública tornava-se o discurso da ordem e a medicina conquistou mais um argumento compatível com a medicalização da cidade. Por fim, a medicina social, conforme o exemplo inglês do final do século XVIII, destinou-se ao controle dos pobres e da força de trabalho. O desenvolvimento das indústrias e o crescente proletariado gradativamente transformaram a medicina num dos mecanismos para controle social, um controle médico da pobreza e da força produtiva. Segundo Foucault (idem, p. 167), tratava-se de projeto de poder que gerou “[...] um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas. Um cordão sanitário autoritário é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres [...]”. Em função de toda essa evolução no contexto europeu, inevitavelmente o projeto de medicina importado e introduzido no Brasil pela chegada da família real era absolutamente condizente com o espírito de época do começo do século XIX. A medicina brasileira já se iniciava com o moderno projeto da medicina social em seus três registros; anexada ao Estado (experiência alemã), ordenadora da vida nas cidades (experiência francesa), reguladora do trabalho e do proletariado (experiência inglesa).

A psiquiatria brasileira é produto desse conjunto de convergências históricas. O seu nascimento foi marcado por enodamentos paradigmáticos: novas configurações políticas na organização e função do Estado, ascensão do discurso científico, redefinição epistemológica e prática da medicina, etc. Desse novo arranjo surge uma medicina comprometida com o projeto moderno de sociedade e de relações de poder caracterizado por Foucault como poder disciplinar; não mais soberano, como o poder da autoridade real, mas não menos imponente. Foi a própria sociedade quem passou a ser objeto da medicina. A psiquiatria pertenceu a esse momento da evolução da medicina social no mundo e também na sua origem no Brasil. Assim sendo, para Machado *et al.* (1978, p. 376), a compreensão da gênese da psiquiatria no contexto brasileiro só se torna possível a partir da consideração de um modelo de “[...] medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações. É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria”. A medicina social exerce o ‘poder disciplinar’ em diferentes ambientes. Nos espaços abertos ela define o esquadramento das ruas, da instalação dos hospitais e cemitérios, do manejo dos resíduos; mas também

nos espaços fechados, como os hospitais, a medicina moderna tem o poder de definir da arquitetura às práticas terapêuticas. Aos poucos vai se tornando hegemônica num triunfo sem antítese. No caso específico da psiquiatria, o exercício do poder disciplinar tem no hospital psiquiátrico seu principal instrumento de aplicação prática e de validação do seu próprio discurso. O hospital psiquiátrico é o castelo onde o discurso psiquiátrico governa soberanamente. O hospital psiquiátrico fortalece a própria prática psiquiátrica e, com isso, torna possível a medicalização do louco desde Pinel. De acordo com Machado *et al.* (idem, p. 376), o hospital psiquiátrico foi o principal instrumento terapêutico do século XIX. A reprodução do *habitus* psiquiátrico e de suas *doxas* se fez ver onde quer que a racionalidade psiquiátrica ocidental tenha chegado, seja no Brasil, seja nos EUA, etc.

Não tardou para que os médicos brasileiros do começo do século XIX passassem a demandar a criação de serviços especializados para loucos com três fortes argumentos: garantia da ordem social em virtude da perambulação de alienados pobres pelas ruas das cidades; supunha-se que esse ‘destino especializado’ estaria amparado nas boas intenções sanitárias em benefício dos próprios loucos; por fim, acreditou-se que dessa forma haveria benefício também para as instituições filantrópicas e de caridade que aglutinavam loucos no mesmo espaço dos demais doentes de modo inadequado, do ponto de vista terapêutico, dado que não possibilitava o manejo específico como já acontecia nos países avançados, especialmente na França. Portanto, a pressão social pela criação de um serviço hospitalar especializado para loucos foi o ato que deu origem à psiquiatria no Brasil.

Em 1830 (MACHADO *et al.*, 1978; TEIXEIRA & SILVA FILHO, 2008) a recém-criada *Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro* adotou uma bandeira de ordem: “aos loucos, o hospício”. O grupo de médicos promotores da medicina social foi o mesmo grupo que sedimentou o projeto da psiquiatria brasileira na medida em que esta seria possibilitada pela criação de um hospital psiquiátrico. Na prática, havia um incômodo com a livre circulação dos loucos pelas vias públicas, fato que passou a ser associado à insalubridade (TEIXEIRA & SILVA FILHO, 2008, p. 68). Por tanto, a questão de fundo era um combinado entre a promessa de uma higiene pública e a garantia da ordem social ditada pelos padrões da urbanidade concebida pelos valores burgueses. No relatório da ‘Comissão de Salubridade’ vinculada à administração real, ainda em 1831, constam considerações sobre as péssimas condições sanitárias dos loucos (ODA & DALGALARRONDO, 2004, p. 131). De acordo com Venancio (2012, p. 170), ao longo da década de 1830, um grupo de médicos, muitos deles admiradores da doutrina da higiene pública e da medicina francesa, quase todos vinculados à Sociedade de Medicina e

Cirurgia do Rio de Janeiro, usam o prestígio da entidade para tornar público seu protesto contra a situação da assistência aos alienados na cidade do Rio de Janeiro. O grupo de médicos que publicava várias críticas à situação em que se encontrava a assistência aos alienados acabou sendo o mesmo grupo responsável, posteriormente, por conduzir o processo de implantação do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil. Nesse grupo se destacaram os médicos franceses Jean Maurice Fraive e Xavier Sigaud, além de José da Cruz Jobim, Luiz Vicente de Simoni e Silva Peixoto. Este último publicou em 1837 o primeiro artigo de apontamentos teóricos inspirados na teoria de Esquirol, base da psiquiatria brasileira no período (MACHADO *et al.*, 1978, p. 392), traçando também o argumento teórico que pouco tempo depois seria a principal referência para a definição do hospital psiquiátrico no Brasil. A pressão desse grupo criou um clima social, intelectual e político de convergência para a criação do hospital. Cabe considerar que, nas grandes cidades brasileiras, os loucos dóceis eram conduzidos para as ‘Santas Casas de Misericórdia’ e os mais agitados também poderiam ser conduzidos para as ‘casas de correção’ e prisões, caso houvesse na cidade. De acordo com Oda & Dalgalarro (2005, p. 985), nessa época “os ‘Asilos’, ‘Hospícios’ ou ‘Hospitais’ eram locais de hospedagem para aqueles que dependiam da caridade: os órfãos, os recém-nascidos abandonados (chamados ‘expostos’), os mendigos, os morféticos e os loucos”. O principal aliado desse ‘movimento’ dos médicos foi José Clemente Pereira (MACHADO *et al.*, 1978, TEIXEIRA & SILVA FILHO, 2008; VENANCIO, 2016), provedor geral da Santa Casa de Misericórdia, Ministro do Império, deputado por vários estados e senador pelo Pará em 1842; por tanto, era um dos nomes de maior capital político para convencer D. Pedro II a assumir o projeto de modernização referente à mudança na assistência aos loucos.

Depois de uma correspondência de Clemente Pereira na qual defendia a reformulação das instituições ligadas à Santa Casa, em 18 julho de 1841, dia de sua sagração como Imperador do Brasil, com pouco mais de 15 anos de idade, D. Pedro II assinou o decreto 82 por meio do qual autorizava a criação do primeiro hospício brasileiro (MACHADO *et al.*, 1978; TEIXEIRA & SILVA FILHO, 2008). A nova instituição estava subordinada à gestão da Santa Casa de Misericórdia, sendo mais um dos serviços prestados por aquela instituição, além dos demais serviços tais como: a ‘Casa dos Expostos’, Recolhimento das Órfãs e o próprio Hospital. Desde o início da sua gestão, ainda no começo da década de 1830, Clemente Pereira já sinalizava a necessidade de mudança em todas as instituições administradas pela Santa Casa com ênfase para a criação de um espaço específico para os alienados, tidos como perturbadores da ordem hospitalar

(MACHADO *et al.*, 1978, p. 426). A avaliação feita era que, do modo como os alienados estavam aglomerados juntos com os demais doentes, o hospital não permitia o tratamento adequado. Para Machado *et al.* (1978, p. 423), o argumento justificava que o hospital “[...] pode segregar o louco, retirá-lo do convívio social quando se mostra perigoso e neste sentido o louco está no hospital como em uma prisão - mas é incapaz de atingir sua loucura”. Para que fosse possível ‘atingir’ a loucura, em sintonia com o pensamento médico da ocasião, fazia-se necessário um ambiente exclusivo, especializado, separado do espaço geral de tratamento dos demais doentes. Essa era uma solução terapêutica para os loucos recheada de ganhos administrativos para a clínica médica da Santa Casa. Na prática, o transtorno desencadeado pela presença do louco no Hospital Geral teve um desfecho decorrente de uma aliança entre o projeto da medicina social e a generosidade dos filantropos. Ambos os grupos escolheram o hospício como solução apaziguadora.

A administração da Santa Casa se incumbiu pelo agenciamento dos meios necessários para a construção do hospício. Essa instituição iniciou um amplo movimento de arrecadação de recursos por meio de doações de benfeitores, venda de títulos da nobreza, etc. A assistência à saúde prestada pela Santa Casa tinha caráter caritativo, mantido por filantropia. Para Oda e Dalgalarondo (2004, p. 130), essa instituição tinha “[...] uma assistência médica precária e eventual, mas sua principal intenção era caritativa: dar aos necessitados abrigo, alimento e cuidados religiosos. O mesmo se deu com relação aos estabelecimentos destinados ao recolhimento de alienados pobres [...]”. Essa conjectura marcou um aspecto importante que repercutiu até o começo do século XX: a) no início da assistência, o ‘espaço’ dos alienados era disponibilizado como uma ação caritativa; b) caracterizado como uma prática de cunho religioso realizada quase sempre por freiras, portanto, práticas não médicas; c) numa instituição mantida com recursos majoritariamente privados por meio da filantropia. Essas três características foram motivos de tensos debates no começo da República, na passagem do século XIX para o século XX. Com a autorização para que a administração da Santa Casa passasse a arrecadar fundos, a edificação do hospício foi iniciada depois de pouco mais de um ano. Entre 1841 e 1852, a assistência ocorreu de modo provisório ainda em espaço concedido em antigas instalações da Santa Casa. Por volta de 1844 a administração da Santa Casa enviou o médico Antônio Pereira das Neves para pesquisar o projeto e a assistência psiquiátrica prestada pelos principais centros especializados em vários países europeus (MACHADO *et al.*, 1978, p. 426). Nos dez anos que se passaram até a inauguração oficial em 1852 o hospital/asilo com funcionamento provisório foi administrado por José Joaquim Cruz Jobim, médico do grupo

da *Sociedade de Medicina* do Rio de Janeiro, primeiro catedrático de medicina legal. Em 05 de dezembro de 1852 o Hospício Pedro II foi inaugurado em clima de louvor por parte da imprensa, da classe médica e pela aristocracia carioca; um grande feito do jovem Imperador, um saldo político positivo e relevante. Com isso o Brasil entrou no grupo dos países progressistas no campo da assistência médica em psiquiatria.

É lugar comum entre os pesquisadores da história da psiquiatria brasileira o reconhecimento de que o modelo adotado por aqui foi declaradamente inspirado no modelo francês, tendo Philippe Pinel e Jean-Étienne Dominique Esquirol como notórias referências a ponto de terem sido homenageados com suntuosas estátuas encomendadas para compor a galeria de homenagens na inauguração do Hospício Pedro II. Contudo, há profundas diferenças entre o espírito de época do movimento alienista brasileiro comparado com a experiência francesa. Em primeiro lugar, o alienismo francês foi influenciado pelo espírito racionalista, iluminista e, sobretudo, amparado por valores liberais. Esse conjunto de pressupostos implicou numa configuração muito particular da reforma da assistência psiquiátrica naquele país; produziu-se uma ruptura sem voltas com as crenças e as práticas religiosas no interior dos asilos; ademais, o tratamento psiquiátrico não poderia ser confundido com ação de caridade. Não foi isso que aconteceu no Brasil; ao contrário, o projeto do Hospício Pedro II só se tornou possível por conta da mediação de uma instituição comprometida com a religião e a caridade, situação que se prolongou por mais de cinquenta anos. Muito além dessa questão, não há como não considerar que os alienistas brasileiros não tinham compromisso com a radicalização dos direitos civis, liberdades individuais e com o fim do regime escravagista, situações que contribuíram definitivamente para a profunda desigualdade social brasileira, matriz do caos social sobre o qual eles mesmos denunciavam. Em segundo lugar, de acordo com Venancio (2012, p. 169), a criação do asilo na França era parte de um projeto maior de radicalização de mudanças no sistema econômico e social como parte da doutrina liberal-burguesa, onde a própria assistência médica era uma resposta à problemática da exclusão que buscava, por sua vez, construir condições para reinserir os sujeitos acometidos de alguma condição incapacitante. Como dito anteriormente, Foucault considerava que foi no século XVIII que se deu o surgimento de uma nova forma exercício de poder, denominadas de “tecnologias positiva do poder”, que pressupunha o reestabelecimento das condições de saúde do doente para que outra vez pudesse servir ao trabalho e à sociedade. Definitivamente não era essa a meta no Brasil. De acordo com Machado *et al.* (1978, p. 475), em 1877 permaneciam internados pacientes admitidos em 1848, trinta anos após o início do internamento; além

disso, em 1886 cerca de 2/3 dos internados já era considerada incurável, novamente descaracterizando o propósito pineliano para esse tipo de instituição. O Hospício Pedro II continuou reproduzindo uma função ‘caritativa’. Em terceiro lugar, as grandes transformações assistências na França ocorreram no cerne da ruptura com o regime das monarquias absolutistas. No caso do Brasil, o hospital surgiu exatamente como uma resposta da monarquia para apaziguar os anseios sociais, ou seja, a monarquia se afirmou e conseguiu mobilizar a opinião pública em seu próprio favor na medida em que ofereceu alguns ‘mimos’ à população local, justamente para que não houvesse dilaceramento do equilíbrio social entre as diferentes classes sociais.

O hospital psiquiátrico no Brasil foi fruto de um acordo entre a elite médica, a cúpula religiosa e a administração monárquica. Sem revolução política. Como disse Machado *et al.* (1978, p. 428), “a trajetória que culminou com o decreto de 1841 foi uma sucessão de sugestões aceitas, bem encaminhadas e sancionadas pela instância máxima do governo imperial”. Diante dessa análise, constata-se um conjunto de ‘*mitos de origem*’ em relação aos primórdios da psiquiatria brasileira: a suposição de cientificidade, a laicidade, a suposta adesão ao iluminismo, a suposta base positivista e evolucionista, etc.

Entre 1852 e 1881 o Hospício passou por ajustes administrativos. De todo modo, continuava sendo parte integrante da Santa Casa. O internamento poderia ser demandado por autoridades judiciais, juiz de órfãos, delegado de polícia, familiares e também pelo próprio provedor da Santa Casa. A função do médico na admissão do internamento era secundária. Multiplicaram-se as críticas dos provedores e dos próprios médicos com a constatação de absoluta desorganização e falta de critérios mínimos. A assistência interna era organizada em divisões segundo critérios não médicos como sexo, classe social, nível de agitação. Mesmo nas novas edificações o sistema separava loucos pobres -admitidos na condição de auxílio caritativo- e loucos de posses financeiras -admitidos como pensionistas. Existia um setor exclusivo para escravos isolados dos demais. Para Machado *et al.* (idem, p. 434), o “[...] hospício é um espaço classificatório que localiza e distribui os indivíduos em seu interior, a partir de categorias muito pouco médicas como tranquilos-agitados, sujos-limpos e outras do gênero que sempre podem ser acrescentadas”.

Ao longo desses trinta anos, o Hospício teve vários diretores médicos que também assumiam parte da direção administrativa ainda submetida às designações da provedoria. Em 1881, com o decreto de criação da cátedra de “clínica psiquiátrica e enfermidades mentais”, também sob responsabilidade de um professor catedrático de Medicina Legal, o doutor Nuno Ferreira de Andrade foi conduzido à direção do Hospício (VENANCIO,

2012, p. 171). Trata-se de um fato relevante por conta da transferência da responsabilidade administrativa e clínica para a faculdade de medicina do Rio de Janeiro. Segundo Machado *et al.* (1978, p. 438), Andrade foi o primeiro professor de clínica das moléstias mentais da faculdade. Desde os primeiros momentos passou a propor reformas radicais na dinâmica da instituição. Considerava ser necessária a desvinculação entre a prática religiosa e a prática médica. Na ocasião a equipe assistencial era composta por ‘enfermeiros’ não especializados e irmãs de caridade. Além disso, considerava fundamental a separação administrativa entre Hospício e Santa Casa; para tanto, defendia que o Estado passasse a ser o órgão mantenedor do Hospício, primeiro passo para estatização da instituição. No fundamento da defesa da laicização das práticas clínicas, segundo Machado *et al.* (*idem*, *ibidem*), constata-se que a autoridade clínica estava tolhida em função das atribuições delegadas às freiras. Portanto, a crítica do doutor Andrade apontava para três importantes mudanças: o aumento do poder administrativo dos médicos (principalmente para definição técnica dos critérios de admissão e alta), a estatização do Hospício e a medicalização do tratamento mediante ruptura com as práticas de caráter religioso.

Nas três décadas posteriores à inauguração do Hospital Pedro II, várias outras instituições foram implantadas em outros estados da federação. Seguindo o modelo adotado pela capital do Império, gradativamente a assistência psiquiátrica passou a ser realizada num espaço reservado, mesmo com vínculo com mantenedores dos Hospitais Gerais e Santas Casas, mas com função própria, como pode ser visto no quadro abaixo.

**Quadro 1** – Espaços exclusivos para alienados durante o Segundo Reinado (1852-1889)

Província	Ano	Estabelecimento	Cidade
<b>Rio de Janeiro</b>	1841/1852	Hospício de D. Pedro II	Rio de Janeiro
<b>São Paulo</b>	1852	Hospício Provisório de Alienados de São Paulo (Rua São João)	São Paulo
<b>Pernambuco</b>	1860	Hospício de Alienados de Olinda (da Visitação de Santa Isabel).	Olinda
<b>São Paulo</b>	1864	Hospício de Alienados São Paulo Ladeira da Tabatinguera	
<b>Pará</b>	1873	Hospício Provisório de Alienados (próximo ao Hospício dos Lázaros).	Belém
<b>Bahia</b>	1874	Asilo de Alienados São João de Deus	Salvador
<b>Rio de Janeiro</b>	1878	Asilo S. João Batista Niterói	Niterói
<b>Pernambuco</b>	1883	Hospício de Alienados da Recife Tamarineira	Recife
<b>Rio Grande do Sul</b>	1884	Hospício de Alienados São Pedro	Porto Alegre
<b>Ceará</b>	1886	Asilo de Alienados São Vicente de Paulo	Fortaleza

Fonte: Oda & Dalgalarondo (2005, p. 986)  
Jacobina (2001, p. 124)

Em 1887 o médico João Carlos Teixeira Brandão assumiu a direção do Hospício Pedro II. As críticas ao funcionamento precário e as disputas entre a narrativa médica e a religiosa foram intensificadas. Teixeira Brandão integrava o movimento republicano que, desde a década anterior, construía uma base social favorável à queda da monarquia. Nas entrelinhas do desgaste da monarquia estava a tensão entre o trono imperial e o poder clerical (TEIXEIRA & SILVA FILHO, 2008, p. 77); além disso, a ascensão do pensamento positivista, a aclamação e popularidade da ciência, o declínio do sistema de produção baseado na monocultura escravagista, etc., foram alguns dos fatores históricos que fortaleceram a mudança no sistema político nacional. Em janeiro de 1890, pouco tempo depois da proclamação da República, categoricamente o Hospício foi desanexado da Santa Casa. A administração passou a ser vinculada à Faculdade de Medicina. Além da estatização da instituição, os médicos conseguiram afastar todas as religiosas que prestavam serviço à instituição, marcando definitivamente o caráter laico e ‘científico’ da nova gestão. A instituição passou a ser chamada de Hospício Nacional de Alienados. Teixeira Brandão enfatizava a necessidade de reformas estruturantes na administração e na clínica. A pretensão era criar uma instituição que permitisse construir e sistematizar conhecimentos sobre as ‘enfermidades mentais’. Na avaliação de Teixeira Brandão, do modo como estava funcionado, o Hospício tinha características pré-pinelianas (VENANCIO, 2016, p. 179).

A disputa pelo domínio do poder decisório sobre as admissões para internamento foi um motivo de tensão entre os médicos, os operadores da lei, os familiares e outros segmentos sociais que também tinham sido autorizados a solicitar o internamento. Os médicos ainda não tinham obtido a prerrogativa de exclusividade nessa decisão. O ‘projeto’ estratégico de medicalização da loucura tinha como meta tornar a admissão um procedimento exclusivamente médico. Para Machado *et al.* (1978, p. 480), “o momento de admissão adquire por isso grande importância: ele é fundamental na batalha política da psiquiatria pela concessão de um mandato social que dê a ela poder sobre o louco”. Esse propósito tornou-se factível, sobretudo, depois da proclamação da República donde os debates em torno das liberdades civis foram intensificados. O processo de sequestro jurídico do louco, ou mesmo a interdição solicitada por um familiar, colidia com o pressuposto das liberdades individuais. Novamente o discurso médico apaziguou a querela. A imposição da ordem social por meio do sequestro e a justiça da admissão no Hospício geravam uma contradição que só foi solucionada quando a medicina passou a deter o mandato formal de definir o comando da admissão para o internamento. De acordo

com Machado *et al.* (idem, p. 482), a psiquiatria conseguiu transformar a sequestração num “ato não arbitrário”. Desse modo, estava concretizada a medicalização da ordem e da lei.

Não bastasse a conquista de um amplo mandato social e legitimação da psiquiatria, o movimento encabeçado por Teixeira Brandão - um reformista com força política e credibilidade semelhante aos ideólogos franceses - conseguiu, em fevereiro de 1890, criar a ‘Assistência Médico-Legal de Alienados’, cuja administração ficava atrelada ao Hospício Nacional (TEIXEIRA & SILVA FILHO, 2008, p. 81). A ‘Assistência de Alienados’ era o órgão formulador da política da recente experiência republicana. Em seu projeto político-administrativo, Teixeira Brandão pretendia criar uma segmentação do Hospício de modo que a organização do espaço atendesse a características clínicas: espaços específicos para incuráveis, espaços exclusivos para indigentes, para os loucos que cometeram crimes, etc. Essa reorganização lhe permitiria aperfeiçoar o funcionamento clínico e administrativo do próprio hospício. Além disso, o plano era também expandir a instalação de serviços em todo o país (VENANCIO, 2916, p. 179). Teixeira Brandão permaneceu na função por dez anos, até 1897. Sua gestão recebeu fortes críticas de setores da imprensa, do Congresso e de inimigos históricos vinculados à Santa Casa. Teixeira Brandão foi exonerado de todas as suas funções vinculadas ao Hospício e a Assistência de Alienados e também acabou declinando da cátedra de Psiquiatria da Faculdade de Medicina (TEIXEIRA & SILVA FILHO, 2008, p. 84). Contudo, ele reapareceu no cenário político em 1903, ano em que foi eleito deputado federal. Tornou-se um importante articulador para a criação da primeira lei nacional de assistência aos alienados. Com a saída de Teixeira Brandão da direção, o Hospício Nacional teve outros três diretores até 1903, período em que se avolumaram denúncias contra a instituição. Pairava a desconfiança sobre a real eficácia terapêutica da instituição bem como denúncias sobre irregularidades orçamentárias e administrativas. A instituição estava envolvida em uma nova crise. De acordo com Teixeira & Silva Filho (2008, p. 85), uma comissão de inquérito constituída para avaliar a situação dos Hospícios conclui que aquela instituição estava funcionando como uma simples casa para prender loucos, onde não se via tratamento condizente com as necessidades, sem disciplina e sem sistema de fiscalização.

Em 1903 o médico Juliano Moreira, professor de psiquiatria e doenças nervosas na Faculdade de Medicina da Bahia, foi nomeado novo diretor do Hospício Nacional, “sua tarefa é salvar a instituição e torná-la um local de verdadeira prática de uma medicina mental científica” (idem, *ibidem*). As mudanças capitaneadas por Juliano Moreira inauguram um ciclo de transformações radicais. Para Portocarrero (2002, p. 9), a partir

desse momento ocorreu uma descontinuidade em relação à tradição da psiquiatria brasileira ao passo em que se introduziu uma nova racionalidade legitimada pelas mudanças no âmbito da cientificidade da prática médica do século XX. Essa descontinuidade introduzida por Juliano Moreira repercutiu na teoria, nas práticas e nas instituições, constituindo uma espécie de “novo modelo psiquiátrico” para o Brasil.

A primeira descontinuidade importante advinda pela trajetória de Juliano Moreira foi a ruptura com a tradição da psiquiatria francesa e o consecutivo deslocamento para a escola de psiquiatria alemã de orientação kraepeliniana. De acordo com Portocarrero (idem, p. 13), essa mudança implicou na passagem de uma psiquiatria eminentemente moral, fundamentada no modelo teórico de Esquirol, para uma psiquiatria que se pretendia comprometida com o projeto científico, tendo por base os postulados de Emil Kraepelin, teoria de base organicista e higienista. As reformas desencadeadas por Juliano Moreira também estavam vinculadas aos valores e racionalidades hegemônicas da época, sendo parte de um processo maior de modernização da sociedade brasileira.

Para a perspectiva epistemológica implantada na ocasião não bastava a crítica ao sistema e à ineficiência da assistência psiquiátrica. Era preciso dar consistência ao conhecimento sobre a loucura, construir novos marcos conceituais, aprimorar o saber sobre etiologia, incorporar novos métodos de investigação. A racionalidade teórica dominante compelia à criação de um sistema classificatório que alinhavasse nosografia e etiologia. Além disso, a assistência no interior do hospício sofreu transformações decorrentes das críticas à ausência de ganho terapêutico com o isolamento social. Para Portocarrero (idem, p. 91), tais mudanças marcam “[...] o surgimento de uma nova prática psiquiátrica, que abandona o sistema asilar fechado, baseado no princípio do isolamento de Esquirol, para investir num sistema de assistência aberto, que se funda sobre o princípio do *open-door* escocês [...]”, onde se preconizava liberdade de circulação em espaços diversos, embora isso correspondesse a uma “ilusão de liberdade”. O novo modelo de assistência psiquiátrica deveria adotar critérios definitivamente médicos para organização segmentada dos internados em espaços específicos de acordo com o diagnóstico: o espaço dos curáveis e dos incuráveis; dos verdadeiros doentes mentais e dos epiléticos; dos alcoolistas, dos loucos que cometeram crimes. Para tanto, seria necessário construir diferentes espaços de tratamento para os diferentes perfis clínicos: o manicômio judiciário, as colônias agrícolas, o reformatório e o próprio hospício.

Com o avanço da urbanização das cidades brasileiras, cresceu a preocupação com as questões sanitárias. As palavras de ordem eram ‘prevenção’ e profilaxia, racionalidades

instigadas pelos avanços das pesquisas sobre endemias. A racionalidade constituída então permitia convergência entre a doutrina preventivista e o controle da ordem social, conceitos que passaram a ser siameses. A ‘tese’ da prevenção permitiu um novo horizonte para a psiquiatria que passou a expandir seu raio de ocupação para outros espaços muito além do hospício. Foi por força do apelo preventivista que a psiquiatria brasileira da primeira metade do século XX amplificou seu mandato social, estendendo a racionalidade da medicalização para várias outras instâncias sociais. Com isso a medicalização passou a ter duplo alcance: por um lado, verificava-se a manutenção e a consolidação da medicalização do hospício e com o passar dos anos não houve declínio desse discurso, ao contrário, ocorreu seu fortalecimento. Os médicos ganharam o exclusivo poder de definir quem era louco e quem deveria ficar internado, um poder discricional sem equivalente; por outro lado, ampliava-se o próprio objeto da psiquiatria. Agora não somente a loucura, mas o desvio, a anormalidade, o risco potencial de adoecimento. O conceito de ‘doença mental’, outrora usado restritamente como sinônimo de loucura, sofreu uma espécie de mutação e passou a representar outras formas de comportamentos indisciplinados ou desviantes. Não como no século XVIII, cuja base semântica era moral, nesse novo giro epistemológico, a base era racional, fundamentada em critérios de classificação mais sofisticados. Ao cabo, o efeito foi o crescimento do objeto da psiquiatria. Para Portocarrero (idem, p. 77), “a psiquiatria começa a dedicar seu saber ao conhecimento da anormalidade, dos desviantes – criminosos e degenerados”. Com isso, sob a égide da profilaxia e prevenção, a psiquiatria estendeu seu alcance para cenários e instituições não médicas, “trata-se menos de agir sobre o indivíduo que de modificar o meio com programas de higiene [...]” (idem, p. 78). A psiquiatria ganhou a batalha do apreço da opinião pública. A racionalidade do “combate”, implantada em relação aos problemas endêmicos, favoreceu a assimilação do discurso psiquiátrico que se propunha a antecipar a intervenção para o ‘doente’ em potencial -o indisciplinado, o dissocial, o louco em potencial- a fim de prevenir o desenvolvimento de quadro clínico complexo. A psiquiatria se dirigiu às “[...] instituições sociais como a escola, a família, o Estado, os dispositivos legais, psiquiatrizando-os para transformá-los em auxiliares nessa ação de terapia e prevenção contra a loucura, que caracteriza a prática psiquiátrica no século XX” (idem, p. 83). Nesse sentido, vê-se a passagem de uma psiquiatria antes circunscrita à interioridade do asilo para uma prática na exterioridade das ruas, das instituições sociais como família, escola, etc.

Em 1903, ocorreu a tão esperada criação da Lei dos Alienados. A força acadêmica e sanitária de Juliano Moreira associada à articulação política do então deputado Teixeira

Brandão sedimentam as condições necessárias para resolver a crise instalada na assistência aos alienados. Em primeiro lugar, com uma lei própria, a loucura passava a ser definitivamente um assunto do Estado brasileiro; em segundo lugar, todas as arestas na relação entre Estado, família, justiça e psiquiatria foram equacionadas pela lei uma vez que o psiquiatra foi formalizado como autoridade maior reconhecida por um dispositivo legal; em terceiro lugar, por definir explicitamente a função do tratamento no ‘*asylo*’ e o reconhecimento da possibilidade do tratamento domiciliar; em quarto lugar, por proibir o tratamento dos alienados em cadeias ou entre criminosos; em quinto lugar, por assegurar alguma proteção provisória para os loucos que possuíam algum bem material ou financeiro [art. 4º dessa Lei]. A nova Lei foi aclamada como a solução formal para todas as grandes disputas do momento. Se, por um lado, a nova normativa pôs o Brasil no conjunto dos países com legislação avançada no que se referia à modernidade do tratamento da loucura, por outro lado, é nítido o resíduo da tradição conservadora que compreendia a loucura como uma ameaça à ordem social. O primeiro artigo do Decreto-Lei 1.132 de dezembro de 1903 deixa isso explícito ao determinar que “o indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, *comprometer* a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados”. Acalorados debates sobre essa lei passaram a ser travados. Por se tratar de uma lei de abrangência federal, seus efeitos poderiam se sobrepor à autonomia dos estados que também tinham seus espaços hospitalares, articulações políticas e regulamentações; por outro lado, a lei parecia ser moldada a partir do lugar ocupado pelo Hospício Nacional, cujo diretor assumia simultaneamente a função de diretor da divisão da Assistência Médico-Legal de Alienados da república. Polêmicas a parte, a lei redimensionou a assistência aos alienados no Distrito Federal; aos poucos, a política nacional para alienados foi sendo desenhada.

Em 1911 o Decreto 8.834 regulamentou a “Assistência a Alienados” em um sistema assistencial que envolvia um conjunto de serviços, antigo sonho dos alienistas desde a década de 1890. O decreto definiu as atribuições e as competências do Hospital Nacional, dos pavilhões, do Instituto de Neuropatologia, dos laboratórios, das Colônias, etc. Para Portocarrero (2002, p. 89), essa diversificação de espaços garantia o tratamento específico de acordo com diferentes classificações clínicas e tipos de anormalidades:

o sistema de assistência proposto não é mais centrado num único espaço asilar, onde o isolamento no hospício é absolutamente necessário para a cura do doente mental, mas apresenta formas terapêuticas alternativas que, somadas umas às outras, pretendem oferecer a cada indivíduo anormal, degenerado, uma assistência médica que o recupere para a vida em sociedade.

Esse decreto já não mais fazia alusão à ‘ordem pública’, como o decreto de 1903. O Decreto 8.834 trouxe textualmente em seu primeiro artigo a finalidade de ‘socorrer’ as pessoas que precisavam de algum tratamento para problemas mentais. Assim, definiu que “a assistência pública a alienados na Capital Federal, dependente do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, é destinada a socorrer as pessoas que carecerem de tratamento em virtude de alienação mental”. Contudo, isso não alterou o espírito de medicalização e normalização social. A psiquiatria sempre aliada ao centro do poder político continuou oferecendo soluções para os dilemas da ordem burguesa. No começo do século XX a psiquiatria operava um sistema de divisão da sociedade entre normais e anormais, entre loucos e não-loucos exatamente no mesmo momento que ganhava ênfase uma nova concepção de cidadania amalgamada com reconfiguração nas concepções sobre a ‘força de trabalho’. As pessoas que não se enquadravam nos rituais e mecanismos produtivos deveriam ser preparadas para que oferecessem algum proveito para a sociedade. Como disse Goffman (2010), os hospitais psiquiátricos são como que “estufas de mudar pessoas”. Coube à psiquiatria e suas instituições a oferta de instrumental promotores das mudanças sociais esperadas pela classe dominante. Num sistema de produção de riquezas “tal força não pode ser perdida, mas deve, antes, ser normalizada, assistida, sendo os anormais considerados degenerados, que necessitam de tratamento especial para se transformarem em elementos úteis à sociedade” (PORTOCARRERO, 2002, *idem*, p. 86). Como afirmaram Machado *et al.* (1978, p. 448), a legitimação da psiquiatria no Brasil ofuscou, mistificou e obscureceu os mecanismos de dominação de classe cujos efeitos nunca foram suficientemente debatidos.

Juliano Moreira permaneceu à frente da direção do Hospício e da Assistência durante 27 anos seguidos, findando sua gestão em 1930. Durante esse período o Brasil se caracterizou pela busca de legitimação científica através de uma produção de conhecimento que tentava garantir a contribuição de autores nacionais. O próprio Moreira colaborou e estimulou a criação de espaços de debates e de divulgação da produção científica local. A criação de meios de divulgação científica imprimiu o verniz acadêmico ausente nas gerações anteriores. Entre essas revistas as mais significativas eram: *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal* (1905), *Arquivos Brasileiros de Medicina* (1911) e *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro* (1930). Em colaboração com Afrânio Peixoto, em 1905, Juliano Moreira criou a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal. Em 1923, o psiquiatra Gustavo Riedel criou a

Liga Brasileira de Higiene Mental; entre 1925 a 1947 a Liga editou regularmente a revista “Arquivos Brasileiros de Higiene Mental”, seu principal meio de divulgação.

Sabidamente seguidor de Kraepelin, Juliano Moreira empreendeu explícitos esforços na discordância sobre alguns fatores causais da ‘degenerescência’ de acordo com a teoria kraepeliana como, por exemplo, a questão da ‘mestiçagem’ racial. Contudo, de acordo com Oda & Dalgalarrodo (2000, p. 178), Juliano Moreira nunca chegou a romper com os aspectos gerais dessas teses. Na realidade, foi um dos seus representantes de maior entusiasmo, desenvolvendo uma prática profissional absolutamente condizente com a visão de mundo e a etiologia dessa teoria. Esses autores (idem, p. 179) concluem que, para Juliano Moreira, “o principal papel da psiquiatria estava na profilaxia, na promoção da higiene mental e da eugenia”. Costa (1976, p. 26) considerou que nas três primeiras décadas do século XX a psiquiatria do Rio de Janeiro reproduzia o atraso histórico do Brasil, mesmo reconhecendo os esforços de Juliano Moreira, por falta de uma tradição científica mais consolidada. Por conta disso, ainda que alcançasse reconhecimento jurídico e consolidação dos mecanismos institucionais para formação de novos profissionais, os esforços não permitiram atingir os objetivos pretendidos.

Numa outra linha de argumentação Costa (idem, ibidem) teceu profundas críticas ao novo espírito de época marcado pelo higienismo e pela eugenia, principalmente a partir da formalização da *Liga Brasileira de Higiene Mental*. Para esse autor, os psiquiatras que integravam essa instituição tinham uma tendência a associar, de modo indevido, problemas da clínica psiquiátrica com problemas de ordem cultural. A Liga se conformou e reproduziu preconceitos transformando alguns deles em dogma. Entre 1923 e 1925, o projeto inicial da Liga era colaborar com a melhoria da assistência prestada aos loucos com a renovação dos quadros profissionais e com modernização dos estabelecimentos assistenciais. A partir de 1926 os projetos passaram a penetrar o domínio da cultura, fora da alçada da psiquiatria. O que passou a interessar a Liga foi a intervenção preventiva em diferentes instituições sociais: escola, trabalho, família. Para tanto, buscou-se forjar uma relação entre prevenção e eugenia. De acordo com Costa (idem, p. 33) “a eugenia foi o artefato conceitual que permitiu aos psiquiatras dilatar as fronteiras da psiquiatria e abranger, dessa maneira, o terreno social. A nova noção justificou, psiquiatricamente, a expressão dos anseios culturais dos psiquiatras [...]”. O papel da racionalidade eugênica tomou maiores proporções, tornando-se o principal objetivo das ações de higiene mental. O argumento eugênico foi abraçado pela intelectualidade brasileira, sendo usado como base racional para solucionar um conjunto de desafios sociais então em processo de ebulição: as

feridas abertas pela escravidão e os efeitos da insuficiente abolição; os refugiados europeus, o êxodo rural; o crescimento desordenado das cidades; o impacto do começo da industrialização; uma virada republicana que não conseguia alcançar a democracia verdadeira; os ciclos de instabilidade política e as convulsões sociais. A eugenia foi argumento supostamente científico usado para legitimar o racismo, o classismo, a exclusão social. Tudo isso cristalizava os programas e ações de higiene mental, imprimindo-lhes um caráter de legitimidade. Para Costa (idem, p. 63), o pensamento psiquiátrico representado pela Liga tinha base análoga à identificada na psiquiatria nazista; a “solução psiquiátrica” equivaleria a resolver os problemas culturais encontrados a partir de uma leitura do contexto feita através do monóculo psiquiátrico. Contudo, Costa (idem, ibidem) reconheceu que no mesmo período também havia uma tentativa de preservação do projeto inicial a partir da experiência de notórios psiquiatras, a exemplo de Ulisses Pernambucano, que realmente tinham pretensão de sedimentar um projeto de humanização para a psiquiatria, mesmo em sua versão hospitalar. Além disso, ao analisar o legado de Ulisses Pernambucano, Cerqueira (1984, p. 25) ponderou que aquele psiquiatra praticava uma psiquiatria social cuja raiz já se orientava por uma perspectiva realmente sanitaria, “integrando saúde mental e saúde pública”, sem compromisso com o modelo da medicina privada e curativa. Para Cerqueira, Ulisses Pernambucano teria agregado à psiquiatria social a preocupação como aspectos sociais e, a partir da psicanálise, teria interrogado a onipotência contida no modelo médico exclusivo. Isso mostra a dinâmica e a complexidade da disputa dos modelos teóricos. Os discursos concorrem entre si. Como disse Foucault, (2012, 10), “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar”; assim, o discurso é em si o próprio elemento da disputa, na busca constante de se tornar válido e possivelmente hegemônico. Vê-se nesse momento da psiquiatria brasileira a presença de ‘correntes e perspectivas’ distintas. Divergem quanto aos fundamentos e pressupostos; convergem quanto à relevância da própria psiquiatria como saber para a compreensão da loucura. Mesmo nas melhores críticas ao sistema e nas melhores práticas de ‘humanização’ não se via pretensão de romper com o hospício e com a ‘verdade’ psiquiátrica. Ao fim, as tentativas de melhoramento baseadas numa presunção reformista acabavam por reforçar a psiquiatria e suas instituições.

Em 1927, a Assistência a Alienados passou a ser denominada de *Assistência a Psicopatas* com poder de abrangência de todo o território nacional, além do Distrito Federal, como já funcionava anteriormente. Até 1930 todas as ações de saúde estavam

vinculadas ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Em 1930, no primeiro governo de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Em 1934, o Decreto nº 24.559, de 3 de julho, dispôs sobre a fiscalização dos serviços psiquiátricos, estabeleceu normas de proteção patrimonial dos ‘psicopatas’, normatizou a ‘profilaxia mental’, a assistência e a proteção das pessoas. O Decreto 24.814 de 14 de julho do mesmo ano criou a *Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental*. Em 1937 o presidente Getúlio Vargas iniciou o período denominado de “Estado Novo”. O advogado Gustavo Capanema coordenou a política de educação e saúde do governo Vargas de 1934 a 1945 tendo sido responsável pelas grandes reformas administrativas na política, tanto na área de educação como na saúde, ao longo do período dos onze anos em que esteve à frente do cargo. Em 1937, ano da grande reforma na saúde, foi criado o Departamento Nacional de Saúde (DNS). Na reorganização desse departamento, em 1941, foram criadas duas áreas para assistência aos alienados: o Serviço Nacional de Enfermidades Mentais [para abrangência nacional] e a Divisão de Assistência a Psicopatas [para o Distrito Federal] (VENANCIO, 2012, p. 180). Entre 1937 e 1941, foi realizado um amplo levantamento para avaliação da situação da assistência em âmbito nacional. Em decorrência da avaliação, o governo federal planejou a política com a criação do “Plano Hospitalar Psiquiátrico”. A previsão era de ampliação da rede hospitalar com pretensão de criação de aproximadamente 4.000 novos leitos em todo território nacional. Em 1945, ocorreu a queda do governo Vargas, impactando todas as políticas em curso até então. Vargas reassumiu a presidência em janeiro de 1951; com isso, foi retomada a agenda de reformas administrativas bem como a criação de políticas sociais e trabalhistas. Em 25 de julho de 1953, por meio da Lei 1.920, foi criado o Ministério da Saúde; a política de saúde ganhou autonomia em relação à área da educação.

O modelo que predominava na rede assistencial era o ‘hospital-colônia’, antigo projeto existente desde Teixeira Brandão, reforçado pela tese de Juliano Moreira que valorizava a divisão da assistência de acordo com as características clínicas (epiléticos, alcoolistas, etc.). De acordo com Venancio (idem, p. 181), esse modelo não era novidade no Brasil e também já era adotado em vários outros países europeus. O modelo das ‘colônias’ correspondia à aparência de modernização da assistência. Um personagem central nesse processo de ampliação das colônias foi o médico Adalberto Botelho - discípulo de Juliano Moreira-, primeiro diretor do Serviço Nacional de Enfermidades Mentais (SNEM), que assumiu a gestão dessa pasta entre 1941 e 1954. Por meio do Decreto-Lei 8.550, de janeiro de 1946, o Governo Federal autorizou o SNEM a conveniar estados para

uma parceria com vistas à criação de hospitais psiquiátricos de abrangência estadual. De acordo com Venancio (idem, ibidem), ao final da gestão de 13 anos, estima-se que essa ampliação alcançou a marca de 16.000 novos leitos públicos em todo o país. Paulin & Turato (2004, p. 243) afirmam que nesse período 80,7% dos leitos eram pertencentes ao setor público. Entre as instituições públicas, destacaram-se: o Hospital São Paulo - também conhecido como Juquery- em São Paulo, que foi o maior hospital público brasileiro, com um complexo de unidades-colônias; o Hospital Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro; e o Hospital São Pedro, em Porto Alegre.

Em 1946, com a promulgação do Decreto-Lei 8.550, o governo do presidente Eurico Gaspar Dutra criou autorização para que o Ministério da Educação e Saúde pudesse estimular a assistência psiquiátrica no Brasil. Ocorreu a expansão da assistência psiquiátrica hospitalar sob gestão predominante de governos estaduais em estabelecimentos privados ou filantrópicos. O apoio estatal, a criação de normativas políticas e o apoio financeiro favoreceram uma progressão rápida no número de hospitais psiquiátricos. Entre o segundo e terceiro quarto do século XX, o número de hospitais sofreu um significativo aumento de aproximadamente sete vezes. Outro fenômeno que também chama atenção refere-se ao status jurídico dessas instituições. Nesse período, o número de hospitais privados chegou a ser cinco vezes maior que os hospitais públicos.

**Gráfico 1** – Evolução dos Hospitais Psiquiátricos antes da Reforma Psiquiátrica no Brasil



**Fontes:** DUARTE, Sílvia Louzada; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira (2013) Saúde Mental em Dados 12<sup>6</sup> e Relatório Caracas 15 anos depois<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Acessado em 10/03/2020. Disponível em: [https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)

<sup>7</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Acessado em 12/03/2020. Disponível em [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)

Observa-se um elevado crescimento do número de hospitais entre a década 1960 e 1980. Paulin & Turato (2004, p. 244) afirmam que, em 1981, cerca de 70% dos leitos eram privados (357 hospitais) enquanto que a rede pública contava com 30% dos leitos (73 hospitais). O Estado também comprava leitos na rede privada. Na maioria dos casos, a principal fonte de recursos dos hospitais privados era exatamente o setor público. Com grande crescimento da oferta entre essas duas modalidades, o Brasil superou os 100.000 leitos. Um único hospital, o Juquery, chegou a ter 15.000 internos. Nesse cenário o custo da manutenção da rede hospitalar concentrava aproximadamente 93% do gasto público da política de saúde mental, enquanto que todas as outras ações não hospitalares respondiam por aproximadamente 7%. Essa relação de gastos com assistência hospitalar no comparativo com a assistência extra-hospitalar só sofrerá inversão a partir de 2006, como efeito direto da reorientação da assistência iniciada a partir de 2001.

Ao longo da década de 1970, avolumaram-se as críticas no Brasil quanto à ineficiência terapêutica do hospital psiquiátrico. Nesse contexto, reapareceram as denúncias de violência, de abandono e cronificação decorrentes dos internamentos geralmente longos -desnecessários na maioria das vezes - realizados apenas pela pouca expressividade dos serviços não hospitalares. Motivada pelas contundentes críticas às instituições totais desencadeadas no período pós-segunda guerra, desde a década de 1960 já acontecia em vários países europeus e nos EUA uma nova tentativa de reforma da assistência psiquiátrica dessa vez com profundas críticas ao modelo hospitalocêntrico. Novamente o Brasil teve um atraso de mais de 20 anos em relação a esses movimentos progressistas no campo da assistência psiquiátrica. Os primeiros sinais da antítese ao modelo hospitalocêntrico só começaram a aparecer no Brasil no final da década de 1970; desse momento até a efetiva mudança no rumo das políticas públicas foram mais duas décadas.

Em síntese, a história hegemônica da assistência psiquiátrica brasileira pode ser dividida em três grandes ciclos: o primeiro momento, do império ao começo da república, de 1841 a 1903, caracterizou-se como uma fase de implantação da assistência concentrada em raros serviços, inspirada numa base teórica inconsistente, restrita a uma instituição de modelo único, o hospício. Esse momento pode ser caracterizado como pineliano-esquiroliano. No segundo ciclo, de 1903 a 2001, os hospitais psiquiátricos passaram por reconfigurações administrativas e organizacionais, houve diversificação na caracterização das ofertas institucionais, a assistência psiquiátrica foi expandida para o tecido social e os

hospitais cresceram numericamente, a psiquiatria buscou legitimação política e reproduziu os consensos científicos dominantes. Esse momento pode ser caracterizado como momento kraepeliniano, com algumas poucas dissidências no início, mas com importantes dissensos a partir da década de 1970. O terceiro momento começou formalmente a partir de 2001 com a aprovação da Lei Federal 10.216. Sem desconsiderar a importância do conjunto de iniciativas que geraram a temperatura política que propiciou a mudança, essa nova Lei é um divisor de margens uma vez que textualmente determinou a reorientação do modelo assistencial, favorecendo, pela primeira vez em termos de políticas públicas nacionais, a prioridade de serviços e ações não hospitalares. Nos dois ciclos anteriores, as reformas renovavam a esperança na potência do hospital; a partir de 2001, o hospital passou a ser posicionado como o último recurso assistencial, não mais o primeiro, jamais o único. Esse momento ficou consagrado como “reforma psiquiátrica” inspirada na experiência italiana fundamentalmente a partir do legado teórico-prático de uma geração de reformadores articuladores do movimento denominado de “psiquiatria democrática” que teve com o psiquiatra Franco Basaglia seu representante de maior influência. O último ciclo pode ser caracterizado como fase basagliana. Esse processo será descrito no tópico 7 que tratará da trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.

Esta pesquisa se situou justamente na interrogação sobre quais repercussões foram produzidas na política pública de atenção e cuidado às pessoas que apresentam sofrimento mental no estado da Bahia, no período de influência dos pressupostos basaglianos. Em outros termos, trata-se de uma investigação que busca saber como evoluiu a reforma psiquiátrica, ou como ocorreu a implantação da política de saúde mental na Bahia, a partir da reorientação do modelo assistencial iniciada no final da década de 1970, mas formalizada em 2001.

### **3.3 - Uma breve história da assistência psiquiátrica na Bahia**

O início da assistência em saúde na Bahia, especialmente em Salvador, foi o reflexo do modelo sanitário lusitano do século XVI. Com a chegada dos primeiros exploradores portugueses, no final do século XV, foi fundada uma irmandade leiga devotada a Nossa Senhora da Misericórdia. Por iniciativa de frades católicos, a confraria da ‘Misericórdia’ assumiu a gestão de alguns espaços dedicados à caridade e ao abrigo de enfermos e miseráveis. Pouco tempo depois a confraria obteve respaldo real para administração dos hospitais portugueses, ainda em fase embrionária. Em 1502 o Rei D. Manoel I instalou o

'*Hospital Real de Todos os Santos*' que tinha por finalidade concentrar em um só comando a administração de todos os hospitais e hospícios de Lisboa<sup>8</sup>. Com isso se estabeleceu o padrão das 'Santas Casas de Misericórdia', aos moldes da experiência portuguesa. Com a chegada dos primeiros grupos de povoadores no Brasil, no começo do século XVI, surgiu a necessidade de criar espaços destinados à internação tanto para os recém-chegados quanto para os pobres residentes na colônia. A importação e a manutenção da 'Santa Casa' faziam parte do pacote de ofertas da Coroa portuguesa para promoção de melhores condições de vida nas terras brasileiras. A partir de 1548 a Coroa investiu mais decididamente na povoação e exploração do Brasil, nomeando Tomé de Souza como primeiro governador-geral o qual fundou a cidade de São Salvador, primeira capital do Brasil colônia. Jacobina (2001, p. 133) afirmou que em 1549 foi criado o hospital da *Cidade do Salvador*, certamente no governo de Tomé de Souza. As instalações eram provisórias, com espaço para desvalidos e doentes. O hospital também era conhecido pelo nome de Hospital de *Nossa Senhora das Candeias*. Ao longo de todo o período colonial esta foi a única instituição nosocomial da Bahia. No final do século XVII, a edificação foi demolida e em seu lugar uma nova construção foi erguida. Daí então a instituição passou a ser chamada de *Hospital São Cristóvão* ou *Hospital da Caridade*, ainda sob o comando da Santa Casa de Misericórdia. Na reforma predial ocorrida no século XVIII, foram construídas novas enfermarias e um grupo de quartos que passaram a ser conhecidos como "casinha dos doidos", de acordo com Jacobina (idem, p. 133).

Além de cuidar do hospital, a Santa Casa também recebeu autorização para cuidar dos espaços penitenciários onde estavam presos: assaltantes, assassinos, bêbados, etc. Era a própria instituição que aplicava as penalidades típicas que variavam da prisão à decapitação, a depender do crime, mas fundamentalmente de acordo com a classe social do 'criminoso'. Na cultura lusitana, as cadeias eram instaladas na mesma estrutura predial da prefeitura ou das Câmaras Municipais, como se pode ver em construções coloniais, a exemplo da Câmara Municipal de Cachoeira de São Felix e da antiga Câmara de Rio de Contas, municípios baianos de arquitetura predominantemente colonial. Embora não haja registro consistente, Jacobina (idem, p. 131) faz alusão à suposição de Juliano Moreira de que provavelmente esses espaços também encarceravam "[...] os doidos, sobretudo os 'agitados' e pobres". Durante os séculos XVIII e XIX em Salvador os loucos e bêbados

---

<sup>8</sup> **Ver:** Santa Casa da Misericórdia da Bahia. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/stcasaba.htm>

eram encaminhados para o Hospital de Caridade ou para a ‘Casa de Correção’, situação exatamente igual ao que Foucault denominou de “a grande internação”, quando retratou o cenário europeu. No Brasil colonial era adotado o mesmo *modus operandi*. Em geral, para esses espaços eram destinados os loucos pobres. As famílias abastadas poderiam oferecer tratamento domiciliar com os médicos da família. Os loucos dóceis poderiam ser conduzidos para o hospital enquanto que os loucos mais agitados inevitavelmente eram conduzidos para a *Casa de Correção*. Segundo Jacobina (idem, p. 133), no começo do século XIX, os médicos passaram a tecer duras críticas relacionadas ao encaminhamento dos loucos para as Casa de Correção. A Europa já vivia uma catarse reformista, novos ideais civilizatórios, nova ordem política e novas competências profissionais. A Santa Casa enquanto provedora da assistência na Bahia administrava tanto o hospital quanto a prisão; contudo, a crítica não era referente à administração, mas dirigida à inadequação do espaço de tratamento então disponibilizado. Espaço indigno e impossível de oferecer algum ganho terapêutico. Nota-se que essa crítica tem exatamente os mesmos postulados do argumento de base verificado no Rio de Janeiro quando da mobilização popular em prol da criação de um asilo para alienados. De acordo com Jacobina (idem, p. 136), semelhante ao movimento da Capital do Império, influenciados pelo grande acontecimento que foi a criação do Asilo D. Pedro II, médicos, filantropos e políticos da Província da Bahia iniciam uma campanha pela criação de um asilo no território baiano.

A partir de 1853 a Irmandade da Bahia passou a encaminhar grupos de loucos para o Asilo do Rio de Janeiro. Uma operação demorada e cara, mas até então aquele era o único espaço exclusivo para tratamento das enfermidades mentais no país. Desde 1852 a província de São Paulo também já tinha sua estrutura asilar em estado embrionário. Desde a inauguração do Asilo D. Pedro II, passaram-se 16 anos até que na Bahia fosse autorizada a instalação de um asilo exclusivo para alienados. Além da capital federal outros três estados já haviam conseguido a proeza. Depois de muita agitação da comunidade médica, política e instituições de caridade, em junho de 1869, por meio da Lei estadual nº 1.089, as autoridades baianas permitiram a aquisição de um imóvel destinado ao asilo (idem, p. 142). Aproximadamente quatro anos depois, em abril de 1873, o Governo do Estado e a Santa Casa de Misericórdia lavram contrato para instalação do asilo que deveria ficar sob o encargo administrativo da Santa Casa. Em junho de 1874, no dia de São João Batista, foi inaugurado o Asilo de Alienados São João de Deus que, em vida, segundo a tradição católica, havia se dedicado ao cuidado humanitário dos pobres, desvalidos, doentes e loucos (idem, p. 144). De modo inovador, esse asilo já contemplava um corpo técnico com

médicos na condução clínica e na gestão administrativa da instituição, sob o estatuto e regimentos da Santa Casa. A administração médica estava submetida a um conjunto de normativas não-médicas que incidiam diretamente na prática clínica. Questões como critérios de admissão e alta, divisão e distribuição dos internos (separação entre indigentes e pensionistas), etc. eram alguns dessas decisões forçadas fora do domínio da medicina.

Assim como aconteceu no Rio de Janeiro, logo apareceram as primeiras disputas pela hegemonia da condução administrativa e terapêutica do Asilo São João de Deus. Médicos acusavam a gestão da instituição pelo descaso e pela alta taxa de mortalidade no asilo. Para Veras (2014, p. 25), o status de degradação humana que caracterizou a assistência aos loucos foi motivo de constante indignação da psiquiatria baiana ao longo de sua história. Em 1885 um grupo de médicos, entre os quais Juliano Moreira, produz um relatório sobre as péssimas condições do asilo com menos de duas décadas de existência. De acordo com Jacobina (2001, p. 263), nesse relatório, denominado *Assistência dos Alienados na Bahia*, “[...] foram reiteradas as críticas contra a administração da Santa Casa e confirmado o diagnóstico das condições em que se encontrava o Asilo”. Para Veras (2014, p. 25), a questão central era a miserabilidade das condições nas quais os internos eram colocados, mesmo com avanços no discurso médico e mesmo com as constantes mudanças no cenário político. Nada alterava a calamidade interna. Por outro lado, o asilo não poderia ser visto apenas como um depósito de pessoas, ali “era igualmente o palco de todas as grandes discussões científicas sobre a loucura na Bahia” (idem, ibidem). Não se pode considerar a ausência de conhecimento sobre a incapacidade administrativa e terapêutica das Santas Casas no Brasil. No momento da inauguração do asilo em Salvador, o grande debate travado no Rio de Janeiro apontava exatamente para o desmembramento do asilo e conseqüentemente sua estatização. No caso do Rio de Janeiro, a separação se deu no ano de 1881 depois de mais de duas décadas de intensos debates. Considerando que o Asilo São João de Deus foi inaugurado em 1874, pode-se dizer que os riscos decorrentes da anexação à Santa Casa já eram conhecidos.

A crise instalada na relação entre a Santa Casa de Misericórdia e a psiquiatria dizia respeito ao conflito entre o paradigma da caridade e o paradigma da ciência. Evidentemente um dos elementos desse conflito estava relacionado com o discurso médico que buscava se legitimar perante a opinião pública. Para isso, era preciso superar a prática e a narrativa típicas do modelo da Santa Casa. Outra vez, como no Rio de Janeiro, a disputa se iniciou pelo comando administrativo e pela estatização. A tese dos críticos era que a administração deveria ser realizada por médicos e o asilo deveria ser vinculado à

administração direta do Estado. Convém considerar que, no pano de fundo dessa disputa, estava a transição da monarquia para a república. A Santa Casa representava o velho poder da Igreja Católica, sendo um dos seus tentáculos estendidos sobre o funcionamento do Estado. Romper com a Santa Casa era sinônimo de avanço para a república. De acordo com Jacobina (2001, p. 183), esse processo de ruptura não se deu de modo imediato, a Santa Casa continuou administrando o asilo na Bahia até 1912, “de qualquer modo, o cenário republicano deu alento à luta médica contra a Santa Casa”. Curioso perceber que o desfecho só aconteceu nove anos após Juliano Moreira ter assumido a direção do Hospício Nacional e da Assistência aos Alienados, ordenador da política nacional. Isso permite pensar que as mudanças no campo da assistência psiquiátrica são demoradas, podendo se prolongar por décadas.

Quatro anos após o falecimento de Juliano Moreira, em agosto de 1936, o governador da Bahia, Juracy Magalhães, promulgou uma lei rebatizando e mudando o nome do antigo Hospital São João de Deus. A partir de então, o hospital passou a ser chamado de “Hospital Juliano Moreira” em homenagem ao médico baiano, grande responsável pela mudança no paradigma da assistência psiquiátrica no começo do século XX no Brasil.

Segundo Jacobina (idem, p. 298), mesmo em seu momento de maior notoriedade, esse hospital nunca deixou de apresentar problemas no que diz respeito à qualidade da assistência prestada, mas a situação foi agravada na década de 1930 em função das crises políticas e econômicas, o *golpe de 1930* no Brasil e as crises econômicas no período entre as duas guerras mundiais. Para esse autor, a mudança de nome agregou uma mudança simbólica também importante: além das mudanças administrativas, que vieram em decorrência da nova conjuntura político-administrativa no país com a redefinição das competências e função do Estado, a mudança de nome da instituição selou o deslocamento da igreja para a ciência. O hospital passou a ser nomeado por um ícone da ciência brasileira, não mais alusão a uma representação religiosa.

Durante 70 anos o Hospital Juliano Moreira foi a única referência hospitalar para assistência aos loucos na Bahia. Somente em 1944 surgiu outro hospital psiquiátrico, o primeiro de natureza privada, funcionando em Salvador. O segundo hospital psiquiátrico público do Estado da Bahia foi instalado na cidade de Feira de Santana, inaugurado somente em 1962, oitenta e oito anos depois da inauguração do primeiro asilo para louco nesse estado. O novo hospital de Feira de Santana recebeu influência do modelo das colônias de alienados, conforme normativas das décadas anteriores. Essa nova instituição

ganhou o nome de *Hospital Colônia Lopes Rodrigues*. A função desse serviço de saúde era diminuir a sobrecarga do Hospital Juliano Moreira. Na Colônia Lopes Rodrigues foi estruturada uma ‘célula’ destinada especificamente para os pacientes crônicos trazidos do hospital da capital. A capacidade instalada inicialmente permitia o internamento de até 500 pacientes, sendo 100 leitos destinados exclusivamente para os pacientes crônicos. Isso já fazia dessa instituição o maior hospital psiquiátrico da Bahia. Mesmo tendo sido projetado inicialmente para uma capacidade de internamento bem menor, na década de 1980 esse hospital chegou a ter 800 pacientes internados<sup>9</sup>.

No final da década de 1920 foi construído no Hospital Juliano Moreira um pavilhão para abrigar os loucos criminosos, como parte da reorganização que já estava acontecendo em vários outros hospitais. O pavilhão recebeu o nome de ‘Manoel Vitorino’. Em maio de 1928 foi sancionada a lei que criou o ‘manicômio judiciário’ da Bahia em precárias instalações vinculadas ao Hospital Juliano Moreira. Esse serviço esteve vinculado à assistência médica até 1966 quando a gestão foi deslocada para o ‘Departamento de Assuntos Penais’ da Secretaria de Justiça (PERES, 2012, p. 118). Nesse período o governo do Estado transferiu os internos para uma instalação própria desvinculada do Hospital Juliano Moreira. Em 1991, o manicômio judiciário passou a ser denominado de ‘*Hospital de Custódia e Tratamento*’.

Em 1982 o Hospital Juliano Moreira de Salvador foi transferido do bairro de Brotas para novas instalações no bairro de Narandiba. A mudança ocorreu para um prédio com modernas instalações e ampla área de circulação. De acordo com Veras (2014, p. 26), mesmo tendo sido impulsionado pelos ventos da reforma psiquiátrica em franco processo de expansão mundo a fora, não tardou para que o novo hospital passasse a reproduzir as práticas e “[...] os vícios dos velhos asilos psiquiátricos. [...] O alto investimento financeiro do governo não foi suficiente para evitar que, apenas 20 anos depois, a situação do novo hospital se tornasse similar à da sede anterior”.

O maior crescimento do número de hospitais psiquiátricos na Bahia ocorreu entre as décadas de 1950 e 1960. Esse fenômeno aconteceu possivelmente em decorrência da Lei 8.550 de 1946, citada anteriormente. Como pode ser visto no ‘**gráfico 1**’ acima, esse crescimento quantitativo ocorreu em concomitância com a curva de crescimento de hospitais psiquiátricos no Brasil naquele período. Além do longo espaçamento temporal entre o primeiro hospital psiquiátrico inaugurado na Bahia e os demais, que vieram setenta

---

<sup>9</sup> Ver: Plano de Desinstitucionalização da Bahia. [https://www.portalsaudenoar.com.br/wp-content/uploads/2019/08/Plano-de-Desinsti\\_Documento-Final\\_RevCarla-Liana07jan2019-1.pdf](https://www.portalsaudenoar.com.br/wp-content/uploads/2019/08/Plano-de-Desinsti_Documento-Final_RevCarla-Liana07jan2019-1.pdf)

anos depois, o outro fenômeno que chama atenção no ciclo expansionista da década de 1950 é a oferta de hospitais privados. Essas instituições foram duramente criticadas por praticarem a mercantilização da loucura no Brasil. Os leitos estavam sempre superlotados uma vez que os hospitais privados eram pagos por volume de internamentos; essa era uma estratégia de garantir o teto de faturamento. O quadro abaixo apresenta a progressão da criação dos hospitais psiquiátricos na Bahia.

**Quadro 2 – Evolução da criação de hospitais psiquiátricos na Bahia no século XX**

Ano	Estabelecimento	Cidade	Natureza
1874	Asilo S. João de Deus	Salvador	Filantrópico
1936	Hospital Juliano Moreira (substituição do Asilo S. João de Deus) *	Salvador	Público
1944	Sanatório Bahia	Salvador	Privado
1953	Sanatório São Paulo	Salvador	Privado
1957	Sanatório Nossa Senhora de Fátima	Juazeiro	Filantrópico
1962	Casa de Saúde Santa Mônica	Salvador	Privado
1962	Hospital Colônia Lopes Rodrigues	Feira de Santana	Público
1966	Manicômio Judiciário	Salvador	Público
1966	Casa de Saúde Ana Nery	Salvador	Privado
1966	Hospital Afrânio Peixoto	Vitória da Conquista	Público
1971	Casa de Saúde São Judas Tadeu	Itabuna	Privada

Fonte: CNES, Jacobina (2001).

\* Mudança de razão social, apenas

Alguns fatores podem explicar essa expansão justamente a partir da metade do século XX. Além do estímulo dado pelo Governo Federal com a promulgação da Lei de 1946, Coutinho & Saback (2007, p. 210) consideram que a população de Salvador cresceu rapidamente no período pós-guerra “[...] às custas de migração desordenada, que lhe intensificou a miséria e a violência e lhe desestruturou valores e costumes, tudo isso entremeadado por profundas modificações econômicas e políticas”. Além disso, a reorganização do sistema de saúde e do sistema previdenciário criaram mecanismos de financiamento que favoreceram a expansão desses serviços. Enquanto que o sistema de saúde financiava os hospitais psiquiátricos públicos, o sistema previdenciário contratualizava com instituições privadas. Por sua vez, esse mecanismo foi a mola propulsora para a multiplicação de novos hospitais privados que na ocasião prestavam serviços “[...] primordialmente a uma clientela previdenciária, que apresenta grande incremento com o advento, na Capital e no Recôncavo, da Petrobrás; e representam substancial aumento na demanda por profissionais em psiquiatria” (idem, ibidem).

No começo da década de 1990, a Bahia chegou a possuir 2.921 leitos em hospitais psiquiátricos. Em meados do ano de 1995 houve uma reestruturação normativa na atenção hospitalar com uma reclassificação que culminou com mudanças na categorização dos hospitais psiquiátricos. Tais mudanças seguiram as orientações da “*Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica*” realizada em Caracas, Venezuela, em novembro de 1990; as mudanças tentaram operacionalizar as recomendações da 2º CNSM de 1992. Esse momento político-administrativo foi nomeado por Rabelo, Modesto & Neto (1996/1997, p. 29) como uma “reforma institucional pública”. De acordo com esses autores, assimilaram-se alguns preceitos gerais tais como: acabar com as megaestruturas hospitalares; garantir a setorização, descentralização e hierarquização das ações; iniciar a implantação em âmbito estadual de uma rede de serviços extra-hospitalares; implantar leitos psiquiátricos em hospitais gerais, garantindo a cobertura de 5 regiões sanitárias do estado da Bahia. Dos 2.921 leitos psiquiátricos existentes até julho de 1995, exatos 2.743 estavam alocados em 11 instituições psiquiátricas, enquanto que outros 178 estavam instalados em 8 hospitais gerais. Outro detalhe que caracterizou esse cenário foi o predomínio dos leitos em instituições psiquiátricas de natureza jurídica privada. Dos 2.743 leitos em hospitais psiquiátricos, 1.793 (65,3%) estavam concentrados em seis serviços privados, enquanto os outros 950 leitos (34,7%) eram credenciados em 5 hospitais públicos.

Com a reestruturação ocorrida em 1995 houve uma diminuição de 391 leitos (15,45%), situação em que o estado da Bahia passou a contar com 2.530 leitos, sendo 2.342 leitos em hospitais psiquiátricos e 188 em hospitais gerais. Contudo, manteve-se o padrão de concentração de leitos em serviços da iniciativa privada que conveniavam com o sistema público de saúde. Dos 2.342 leitos em hospitais psiquiátricos, 1.476 leitos (63%) eram oferecidos por serviços privados conveniados, enquanto outros 866 leitos (34%) estavam instalados nos hospitais psiquiátricos públicos. Quanto aos outros 188 leitos instalados em hospitais gerais, 108 leitos estavam em serviços públicos e outros 80 leitos em serviços privados conveniados com o sistema público de saúde.

O *Plano Plurianual de Saúde Mental para o Estado da Bahia* de 2003-2006 (BAHIA, 2003; RABELO, CARDOSO, MELO, 2005) constatou que em 2002 o número de leitos psiquiátricos já havia sido diminuído para 2.454 leitos psiquiátricos em dezessete unidades de internação das quais nove eram hospitais especializados (psiquiátricos) e outras oito eram hospitais gerais com oferta de leitos psiquiátricos. De acordo com o relatório do Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB, 2008, p. 10), no começo

de 2003 a rede dispunha de 2.232 leitos psiquiátricos. Ainda, segundo esse relatório, uma diminuição significativa no número de leitos psiquiátricos aconteceu em 2003 com o descredenciamento de 600 leitos vinculados à Casa de Saúde Santa Mônica, instituição privada. Outros 550 leitos pertencentes ao Sanatório Bahia e a Casa de Saúde Ana Nery foram descredenciados no ano de 2006. Essa redução correspondeu a 51% dos leitos credenciados até 2003. Ao final de 2005 o parque hospitalar psiquiátrico possuía 1.927 leitos psiquiátricos, como visto na **Tabela 1**, a seguir.

**Tabela 1** – Leitos Psiquiátricos credenciados na Bahia entre 1990 e 2005

	Nome da Instituição	Cidade	Classificação	Natureza	CNES	Nº até Jul/95	Nº pós Jul/95	Nº em 2005
1	Anexo Hospital Dantas Bião	Alagoinhas	Hosp. Geral	Público	2487438	24	24	05
2	Anexo Hospital Barreiras [Hosp. Eurico Dutra]	Barreiras	Hosp. Geral	Público	2659069	20	20	00
3	Hospital de Catu - Santa Casa da Bahia	Catu	Hosp. Geral	Dupla	2388685	00	00	2*
4	Santa Casa de Misericórdia de Cruz das Almas	Cruz das Almas	Hosp. Geral	Dupla	2390043	00	00	1*
5	Hospital Colônia Lopes Rodrigues	Feira de Santana [A]	Hosp. Psiqui	Público	2603063	550	550	507
6	Hospital Dom Pedro de Alcântara	Feira de Santana	Hosp. Geral	Privado	2601680	00	00	1*
7	Hospital Antônio Vianna [Hospital São Jorge]	Ilhéus	Hosp. Geral	Privado	S. dados	50	30	00
8	Anexo Hospital Luiz Vianna Filho	Ilhéus	Hosp. Geral	Público	2415844	24	24	30
9	Associação Santa Isabel das Sr <sup>a</sup> Caridade de Ilhéus	Ilhéus	Hosp. Geral	Filantropico	2416190	00	00	1*
10	Hospital São Jorge de Ilhéus	Ilhéus	Hosp. Geral	Privado	2416328	00	00	60*
11	Anexo Hospital Mário Dourado Sobrinho	Irecê	Hosp. Geral	Público	4026896	20	20	1
12	Clínica Psiquiátrica de Itabuna	Itabuna	Hosp. Psiqui	Privado	2444895	173	173	193
13	Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães	Itabuna	Hosp. Geral	Público	2385171	00	00	6*
14	Hospital Regional São Sebastião	Itambé	Hosp. Geral	Público	2414465	00	00	1*
15	Anexo Hospital Prado Valadares	Jequié	Hosp. Geral	Público	2400693	20	20	23
16	Sanatório Nossa Senhora de Fátima	Juazeiro	Hosp. Psiqui	Filantropico	2510189	55	55	75
17	Hospital Municipal Dr. Eduardo Ribeiro Bahiana	Madre de Deus	Hosp. Geral	Público	3289826	00	00	1*
18	Hospital São Lucas	Poções	Hosp. Geral	Dupla	2601583	00	00	1*
19	Casa de Saúde Santa Mônica	Salvador	Hosp. Psiqui	Privado	5289602	498	461	00
20	Casa de Saúde Ana Nery	Salvador	Hosp. Psiqui	Privado	3003671	377	304	280
21	Sanatório Bahia	Salvador	Hosp. Psiqui	Privado	0007439	330	263	240
22	Sanatório São Paulo	Salvador	Hosp. Psiqui	Privado	0004472	360	220	160
23	Hospital Juliano Moreira	Salvador [B]	Hosp. Psiqui	Público	0004286	240	176	200
24	Centro de Saúde Mário Leal/ [Hospital Mário Leal]	Salvador [C]	Hosp. Psiqui	Público	0005436	30	30	30
25	Centro de Saúde Mental Aristidis Novis	Salvador	Hosp. Psiqui	Público	S. dados	30	30	00
26	Hospital Universitário Prof. Edgard Santos - UFBA	Salvador	Hosp. Geral	Privado	0003816	20	20	15
27	Asso. Obras Sociais Irmã Dulce [Hosp. Stº Antônio]	Salvador	Hosp. Geral	Filantropico	2802104	00	30	30
28	Hospital Municipal Padre Antônio Manoel da Rocha	Urandi	Hosp. Geral	Público	4033418	00	00	1*
29	Hospital Afrânio Peixoto	Vitória da Conquista	Hosp. Psiqui	Público	2407221	100	80	64
<b>TOTAL</b>						<b>2.921</b>	<b>2.530</b>	<b>1.927</b>

**Fontes:**

(1) RABELO, Antônio Reinaldo; MODESTO, Teresa N.; MODESTO NETO (1996/1997)

(2) CNES - Recursos Físicos. Hospitalar - Leitos de internação – Bahia. Qtd existente por Município e Ano/mês competência. Leitos outras especialidades: Psiquiatria. Período: Out/2005. Acessado em 14/05/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leintba.def>

\* Instituições inseridas a partir do ano 2000

Dos 1.927<sup>10</sup> leitos registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde (CNES) no ano de 2005, exatos 1.742 leitos estavam cadastrados em nove hospitais psiquiátricos, em cinco diferentes cidades: Salvador (910 leitos equivalendo a 52,3% da oferta), Feira de Santana (500 leitos equivalendo a 28,7% da oferta), Itabuna (193 leitos representando 11% da oferta), Juazeiro (75 leitos representando 4,3% da oferta) e Vitória da Conquista (64 leitos computando 3,7% da oferta). Além disso, outros 174 leitos estavam credenciados em 15 hospitais gerais distribuídos em doze diferentes cidades. O CNES registrava naquele ano a existência de 5 leitos no CAPS III de Alagoinhas e outros 5 no CAPS III de Feira de Santana.

No segundo semestre de 2005 o Ministério Público Estadual da Bahia ajuizou um Termo de Ajuste de Conduta (TAC) tendo como parte passiva o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia e a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, cujo objeto era o credenciamento de duas instituições psiquiátricas privadas de um mesmo mantenedor que juntas chegaram a possuir 550 leitos (*Casa de Saúde Ana Nery e Hospital São Paulo*), como pode ser constatado no relatório do CREMEB (2008, p.11). Esses dois hospitais eram localizados em Salvador. O TAC preconizava o credenciamento dos leitos num movimento concomitante com a expansão de serviços substitutivos de caráter comunitário (CAPS, SRT, etc.).

A política de saúde mental no Brasil foi profundamente modificada com a promulgação da Lei Federal 10.216 que determinou mudança do modelo assistencial. Na Bahia também houve modificações na assistência. O novo modelo instituiu um complexo de serviços assistenciais e um conjunto de medidas garantidoras da reinserção psicossocial das pessoas que possuem sofrimento mental. O detalhamento desse processo de mudança na assistência hospitalar na Bahia será apresentado no tópico 8 a seguir denominado “Caracterização da política de saúde mental: passado e presente do modelo assistencial em saúde mental na Bahia”.

### **3.4 - Reformas Psiquiátricas do século XX no mundo e no Brasil: histórias, propósito, conceitos e normatizações**

O espírito reformista não é um advento novo ou isolado na história da psiquiatria. Em pouco mais de dois séculos de existência, a trajetória da psiquiatria é marcada por

---

<sup>10</sup> Procurar por: Recurso Físico - Hospitalar – Leitos Internação – Bahia. Qtd existente por Ano/mês competência - Leitos outras especialidades: Psiquiatria. Período: Dez/2005. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leintba.def>

sucessivas iniciativas de reformas desde seu nascimento com o grande movimento de reforma assistencial nos Hospitais Gerais franceses no período pineliano. A psiquiatria nasceu e se desenvolveu a partir dos ciclos reformistas. As diferentes experiências de reformas foram motivadas por diferentes configurações de saberes e valores que, conseqüentemente, produziram efeitos e respostas assistenciais diferentes. Entretanto, mesmo tendo como pontos de partida motivações diferentes, na maioria das vezes, as reformas produziram desdobramentos semelhantes: quase sempre fortaleceram a psiquiatria e suas instituições, como o hospital. Essa é a constatação que se pode obter das reformas ocorridas até metade do século XX.

Com as reformas iniciadas no século XVIII buscou-se instituir e garantir o mandato social da psiquiatria, validando seus instrumentos, seu *habitus* e sua práxis. Depois que a psiquiatria recebeu a função social de operar pela ordem pública, todos os seus esforços reformistas nos dois primeiros séculos não lhe permitiram declinar do compromisso de atuar em prol do controle social. A psiquiatria manteve-se cativa dialeticamente produzindo e sendo produto da ‘superestrutura’ cultural das sociedades modernas. Ela se reinventou, mas continuou satisfazendo os imperativos morais, sociais e econômicos ditados por uma ordem de valores que lhes são externos e passaram a ser assimilados como se fossem endógenos. Nessas várias tentativas de reforma psiquiátrica é possível ver um amálgama *sui generis* entre o velho e o novo, entre a descontinuidade e a permanência, entre a conservação e o reformismo. Esse fenômeno tem recebido diferentes nomeações. Castel (1978, p. 178) denomina de *aggiornamento*, atualização, metamorfose, alertando para a necessidade de que sejam indicados os fluxos de decomposição e recomposição que estabeleceram as bases da psiquiatria desde a sua pré-história até sua modernidade. Rotelli (2014, p. 26), ao analisar o reformismo ocorrido entre 1940 e 1970, tanto na França quanto na Inglaterra, considerou essas experiências como mecanismos de renovação da psiquiatria, por tanto, nomeia-as de “psiquiatria reformada”, marcando aí uma distinção na comparação com o que ele considera uma real experiência de reforma psiquiátrica. Rotelli criticou o fato de que, no sistema de saúde dos Estados Unidos, França e Inglaterra, as mudanças animadas pelo ideal da reforma psiquiátrica não permitiram romper com o hospital psiquiátrico, situação em que o internamento continuou existindo, mesmo considerando a disponibilização de um complexo de serviços extra-hospitalares.

As estruturas de sustentação do modelo hospitalar continuaram tendo um papel bastante relevante em termos de prestação de serviços. Amarante (1996, p. 18) afirmou que a alusão à reforma psiquiátrica não necessariamente coincide com a superação do

paradigma que fundou a psiquiatria, nem trata da negação do mandato social recebido pela psiquiatria. Na prática, a ideia comum é que a reforma corresponde a um conjunto de transformações relativamente na superfície do problema, com algumas mudanças administrativas ou organizacionais que de alguma forma modernizam a dimensão da prática e do discurso. Em geral, não se considerou a necessidade de incidir na ordem do saber produzido pela psiquiatria; acreditou-se que bastaria um melhor agenciamento dos recursos e das instituições para que as intervenções pudessem alcançar seus bons resultados terapêuticos.

Na primeira metade do século XX, multiplicaram-se as tentativas de produzir melhoras na assistência psiquiátrica. Nas primeiras décadas do século, Adolf Meyer, psiquiatra Suíço radicado nos Estados Unidos, desenvolveu uma proposta de tratamento baseada em atividades de ocupação do tempo livre e ressocialização dos pacientes. Esse método objetivava obter do paciente uma adaptação ao meio social; com isso, buscava-se equilibrar o trabalho, o lazer e o ócio no interior da instituição. Crítico da tese da predeterminação da degenerescência conforme defendida por Kraepelin, Meyer defendia que a reação de cada pessoa estava de acordo com um ‘padrão’ adaptativo na interação com o ambiente, por tanto a terapia teria por finalidade melhorar a adaptação às variações circunstanciais do meio, as atividades em grupo passaram a ser usadas como meio para obtenção de habilidades adaptativas. No mesmo período, o médico alemão Hermann Simon desenvolveu um conjunto de procedimentos que denominou de “método ativo” os quais tinham por finalidade ocupar o cotidiano do paciente internado. Baseou-se na premissa de que a introdução de atividades planejadas favorecia a recuperação do doente e melhoraria o ambiente interno do hospital. São os primeiros lampejos da introdução das terapias ocupacionais. Birman e Costa (1994, p. 47) consideram que essas iniciativas inaugurou a “Terapêutica Ocupacional”, não sem severas críticas do *establishment* da psiquiatria europeia. Simon verificou melhoras na recuperação de pacientes a partir da introdução e atividades que compeliem a saída da passividade. As duas experiências descritas corroboravam com o compromisso de salvação do hospital, duramente criticado por sua ineficiência. A questão da ‘ocupação’ do tempo das pessoas internadas já era um recurso no arsenal do ‘tratamento moral’ desde os primórdios quando se apostava no trabalho do interno como o resgate de um valor social. O que ocorreu com essas novas experiências foi que o trabalho-ocupação passou a ser considerado como se fosse também um recurso terapêutico. Essas experiências germinais não tiveram propriamente compromisso estrito com uma ‘reforma psiquiátrica’ enquanto modelo, embora,

paradoxalmente, tenham acentuado a necessidade de mudanças face à insuficiência do dispositivo institucional do hospital psiquiátrico.

Na década de 1940, na efervescência da Segunda Guerra Mundial, o médico catalão François Tosquelles iniciou uma série de mudanças que resultaram na criação de uma das mais significativas inovações na assistência psiquiátrica francesa. Tosquelles havia atuado em hospitais psiquiátricos no *front* da guerra onde havia iniciado algumas experimentações como a introdução de rudimentos de uma ‘comunidade terapêutica’ quando atuava como chefe do serviço militar em Almodóvar del Campo. Ainda jovem, Tosquelles militou em grupos de orientação marxista. Depois de derrotado na guerra civil espanhola, após fugir do regime ditatorial franquista, foi se refugiar na França nos primeiros anos da Segunda Guerra. Mesmo com contradições, conseguiu se inserir num campo de concentração nazista em território francês onde havia alto índice de suicídio. Em 1941, a convite do prefeito do departamento de Ain, Tosquelles iniciou o trabalho no Hospital Psiquiátrico de Saint-Alban, povoado na região sul, em Lozère. As contribuições de Tosquelles e do grupo que compunha o movimento de refeitura da psiquiatria francesa é controversa. Por um lado, um profundo questionamento sobre o caráter adoecedor do hospital psiquiátrico não só para os pacientes, mas também para a equipe de trabalho; por outro lado, a manutenção de práticas que reforçaram o próprio hospital com o desenvolvimento da “psicoterapia institucional” que, nas palavras de Desviat (1999, p. 25), fundamentaram a psiquiatria de setor e foi o mais rigoroso esforço para salvar o manicômio. Passos (2012, p. 24) discorda das sínteses que se tornaram frequentes que reduzem o legado de Saint-Alban à psicanálise ou à psiquiatria de setor. Para essa autora, “muitos aspectos fundamentais da experiência de Saint-Alban punham-na em contato com um vasto solo de lutas sociais e políticas anteriores, a dificultar sua redução a uma mera proposta terapêutica de pura extração clínico-psiquiátrica ou psicanalítica”.

Tosquelles retomou alguns princípios da “terapia ativa” de Herman Simon, introduziu fundamentos da psicanálise de orientação lacaniana e, com isso, criou uma base epistemológica e metodológica para a psicoterapia institucional. A partir dessas influências teóricas, de acordo com Passos (2012, p. 26), no projeto teórico elaborado em Saint-Alban, tornou-se fundamental o reconhecimento da instituição como um organismo adoecido que demanda tratamento; além disso, “a luta contra o preconceito de irresponsabilidade do doente, com sua responsabilização e do pessoal do hospital pelo ambiente desfavorável deste último; a luta contra o isolamento do hospital e a inatividade nele reinante”. Para Desviat (1999, p. 25), o projeto implicava em “[...] organizar o hospital psiquiátrico como

um campo de relações significantes, de utilizar em um sentido terapêutico os sistemas de intercâmbio existentes na instituição”, ou seja, buscava-se verbalizar nos espaços de grupo os sentimentos e conflitos do cotidiano da instituição. De acordo com esse autor (idem, p. 26), os procedimentos terapêuticos devem “[...] abarcar o hospital inteiro, pessoal e doentes; é a instituição em seu conjunto que deve ser tratada [...]. A psicoterapia institucional pode ser definida como um conjunto de ações que permitem a criação de campos transferenciais multifocais”. Segundo Passos (2012, p. 28), tal transição se processou numa especial ocasião em que ocorreu um “[...] momento de mudança de um modelo manicomial dominante, isolacionista e segregador, para uma instituição que pensa a si mesma criticamente, problematiza-se e se abre para uma reaproximação com o mundo social que ficou cá fora”. Segundo Barreto (2005, p. 124), as mudanças implementadas não extinguiram o hospital psiquiátrico, mas o transformaram num lugar com propósitos terapêuticos mais assertivos por meio de estratégias que quebraram a rigidez hierárquica da instituição bem como por terem produzido uma reorganização das relações de trocas sociais ocorridas no interior do hospital. Introduziu-se o princípio da liberdade de circulação, reestruturação de ateliês e serviços, ressignificação da contratualidade nas relações e transformação do acolhimento num processo permanente. Basaglia (1979, p. 86) reconheceu que essa foi uma “primeira onda” de abertura do hospital psiquiátrico, mas ironizou dizendo que a “grande primavera” chegou ao fim. Em sua análise, Basaglia considerou que as contradições abertas no manicômio geraram uma segunda onda, a da psicoterapia institucional de inspiração psicanalítica; esta teria sido a causa do fim da primavera. Anos depois, Basaglia retomou essa mesma linha de análise, dizendo que a experiência iniciada por Tosquelles constituiu uma nova dimensão da prática “psiquiátrica institucional, a partir de bases psicanalíticas [...] uma ideologia que se cristaliza na contemplação e na teorização sobre a doença vista como entidade abstrata, nitidamente separada do doente no instituto psiquiátrico”. (BASAGLIA, 1985, p. 111).

No final da primeira metade do século XX, vê-se surgir na Inglaterra outra importante tentativa de reformar o hospital psiquiátrico. Birman e Costa (1994, p. 46) afirmam que no ano de 1942 a Inglaterra elaborou o Plano *Beveridge*, tomado como modelo de reorganização do sistema de saúde do país. Aos poucos o direito de viver vai sendo ampliado, passando a ocupar espaço importante no leque dos direitos sociais. O direito à saúde passou a ser garantido operacionalmente por meio da oferta de serviços públicos. Segundo Desviat (1999, p. 34), esse relatório listou os “cinco gigantes: a indigência, a doença, a ignorância, a miséria e o desemprego”. De acordo com Basaglia

(1985, p. 110), exatamente naquele ano um grupo de psiquiatras ingleses “[...] conseguira libertar-se da visão esclerosada do doente mental entendido como entidade irrecuperável”. Basaglia considerava que o pragmatismo anglo-saxão permitiu criar uma resposta crítica e uma ação de *negação* do manicômio com um desdobramento prático. Esse movimento se iniciou com uma profunda crítica à institucionalização, considerando-a como o motivo primário da falência da psiquiatria no âmbito do hospital. O conceito de institucionalização tornou-se amplamente conhecido na psiquiatria, Goffman (2010) falava em despersonalização e mortificação do eu. Basaglia (2005, p. 24) constatava que, em decorrência do internamento, o ‘doente’ entra num processo de vazio emocional em função do qual “[...] vê-se introduzido num lugar que, criado originalmente para torná-lo inofensivo e ao mesmo tempo tratá-lo, na prática surge como um espaço paradoxalmente construído para aniquilamento completo de sua individualidade, como lugar de sua total objetificação”. Logo, é precisamente contra esse efeito que a psiquiatria democrática italiana arquiteta seu combate décadas depois.

Em 1943, quando a Segunda Guerra Mundial estava em curva ascendente, Bion e Rickman - responsáveis pela direção de um hospital militar em Northfield destinado ao socorro de soldados com neuroses graves- organizaram grupos de discussão com pacientes, integrando-os nas decisões cotidianas da instituição. Em reuniões diárias em formato de assembleia, com participação do corpo técnico da instituição, o grupo ali constituído estava encarregado de participação ativa (DESVIAT, 1999; BIRMAN & COSTA, 1994). Para Basaglia (1979, p. 84), essa mudança trazia uma importante descoberta uma vez que, de modo inovador, “[...] a direção da organização passa do grupo dirigente para a comunidade como um todo, isto é, todos participam da gestão da instituição”. Basaglia (1985, p. 137) caracterizou esse método como sendo “sócio-terapêutico”. Surgiu, assim, com a abertura do manicômio inglês, o primeiro conceito de ‘comunidade terapêutica’. Essa ‘descoberta’ permitiu construir novos modos de enfrentar as contradições sociais. De acordo com Birman e Costa (1994, p. 49), importantes efeitos clínicos passaram a ser registrados, incluindo a abreviação do tempo de recuperação dos pacientes internados.

Em 1944 a Inglaterra instituiu leis com garantias protetivas para os doentes considerados juridicamente desabilitados, tais leis ficaram conhecidas como ‘*The Disabled Persons (Employment) Act, 1944*’. Vários ex-internos passaram a ter inserção no mercado formal de trabalho num momento em que o próprio mercado necessitava de novos trabalhadores. Com isso, segundo Basaglia (1979, p. 84), o número de doentes internados passou a diminuir, iniciando um processo de desinstitucionalização do manicômio. Ainda

de acordo com esse autor, tais ações explicitaram, pela primeira vez, o caráter social da psiquiatria. Na prática, as medidas de segurança social implementadas pelo Estado inglês, na ocasião governado pelo partido trabalhista, “[...] marcam uma virada na atitude da sociedade em relação ao doente mental, que pela primeira vez era inserido em um programa de reabilitação exterior ao hospital e, portanto, fora de uma situação de exclusão social”. Essa linha reformista tem continuidade no campo político e na sensibilidade social. A Segunda Guerra Mundial foi finalizada em 1945. O mundo passou a buscar novas respostas para os velhos problemas. Buscava-se superar a hecatombe moral e política da experiência traumática da guerra. O sentimento era de mudança e reformas, com ampliação do estado de bem-estar e de proteção social. Em 1945, a Organização das Nações Unidas (ONU) protagonizou o agenciamento de uma declaração de alcance universal onde os direitos humanos foram afirmados como incondicionais e inflexíveis, inserindo nesse documento valores e princípios tais como a dignidade humana. Nesse período vários países iniciaram um processo político de criação de sistemas nacionais de saúde, principalmente os sistemas inspirados no Relatório Beveridge, de 1942, da Inglaterra, que atrelava a política de saúde ao arco da proteção social mais ampla, sendo ambas alicerçadas pelo princípio da cidadania. Com isso poderia se garantir o acesso à saúde para todos os cidadãos, independentemente de sua capacidade financeira. Cada país estruturou seu sistema de saúde de um modo particular, com mais ou com menos alcance. Entre os sistemas gestados nesse período estão: o sistema de seguro público da França criado em 1944; a *Ley de Bases de Sanidade* na Espanha de 1944; na Inglaterra, o *National Health Service* de 1948. Esse modelo evoluiu nos países administrados por governos social-democratas que passaram a adotar a *‘welfare state’* como paradigma. Este foi um período em que os sistemas de saúde pública passam a fazer parte da agenda política, sobretudo nos países do centro europeu.

Em 1946, Tom. F. Main publicou, no *Bulletin of the Menninger Clinic*, um artigo em que analisou o progresso da psiquiatria inglesa no pós-guerra e nomeou a experiência do *Northfield Hospital* com a alcunha de “comunidade terapêutica” (BASAGLIA, 1985; BARRETO, 2005). Maxwell Jones, psiquiatra sul-africano radicado no Reino Unido, tornou-se o principal teórico desse modelo. De acordo com Basaglia (1985, p. 138), Jones havia iniciado seu ensaio reformista no interior de um hospital psiquiátrico ainda em 1941, antes mesmo de Bion e Rickman. A experiência foi replicada em 1945 num hospital para ex-prisioneiros da guerra e depois em diferentes outras instituições ao longo de sua vida laboral. Basaglia (idem, ibidem) reconhece que Jones foi o mais representativo dos

psiquiatras que se dedicaram às Comunidades Terapêuticas, tendo gozado de expressivo prestígio entre seus pares. Com o crescente reconhecimento das transformações produzidas no interior dos hospitais psiquiátricos, em 1953, um Comitê de Especialistas da ONU recomendou que todos os hospitais psiquiátricos fossem transformados em Comunidades Terapêuticas (BASAGLIA, 1985; DESVIAT, 1999). A partir da experiência de Jones, a Comunidade Terapêutica deveria ter princípios fundamentais. Segundo Basaglia (1985, p. 139), estes dizem respeito à “[...] conservação da individualidade do paciente, a convicção de que os pacientes são dignos de confiança e que têm a capacidade de assumir responsabilidades e iniciativas, o comprometimento regular de pacientes em determinados tipos de ocupação”. Para Desviat (1999, p. 35), tais princípios seriam: “[...] democratização das opiniões, tolerância, comunhão de intenções e objetivos e confronto com a realidade [um confronto que marca seus limites ao não atuar fora da instituição]”. Ao longo das décadas de 1960 e 1970, as Comunidades Terapêuticas foram expandidas por toda Europa e em vários países das Américas, incluindo o Brasil.

No caso da experiência dos EUA, há uma enorme diferença em relação ao projeto de Jones. Em 1958 Charles (Chuck) Dederich criou o programa da Synanon, em Santa Mônica na Califórnia, no qual unificou princípios dos alcoólicos anônimos e fundamentos de inspiração religiosa. Estes espaços também passaram a ser denominados de ‘Comunidades Terapêuticas’, embora adotasse um modelo de serviço baseado em uma metodologia radicalmente diferente da proposta por Jones. Nessa nova versão, as Comunidades adotaram a metodologia de grupos de ajuda mútua, tornaram-se especializadas em uso de substâncias psicoativas, passaram a ser mantidas por filantropia e adotaram a religiosidade/espiritualidade como um dos fundamentos.

Após um período triunfal, o modelo de Comunidades Terapêuticas inspirado nos postulados de Jones passou a sofrer críticas contundentes. O que se iniciou com um propósito de renovação ou horizontalização das relações de poder e da dinâmica interna da instituição revelou-se insuficiente para incidir nos determinantes sociais da loucura, assim como não conseguiu reverter os mecanismos de exclusão social. Para Amarante (1996, p. 91), o caráter original da Comunidade Terapêutica, caracterizado pela rejeição da violência e pela humanização da instituição, tornou-se evanescente quando esta faz da sua prática terapêutica um procedimento de “ortopedia social”. Para Basaglia (1985, p. 146), o projeto, que surgiu com uma promessa de transformação das instituições psiquiátricas, revelou-se, seja na prática ou na teoria, como uma forma de instituição, moderna e eficiente; não seria mais que uma tardia adaptação a uma nova modalidade de controle social destinada a

modelar o comportamento. O poder psiquiátrico na relação com o doente nunca foi totalmente desmontado, a permanência dessa contradição preservou o lugar de uma ‘autoridade latente’ reservado ao psiquiatra. A Comunidade Terapêutica não conseguiu dialetizar e combater as causas da violência e da exclusão social que atingem o sujeito louco, marcas de uma sociedade competitiva e repressiva; violência e exclusão são anteriores e posteriores ao internamento, agregam um *plus* de sofrimento para o louco, precipitando comportamentos e reações que muitas vezes são confundidas com a própria loucura. A Comunidade Terapêutica não estanca o que Goffman (2010, p. 110) denominou de “contingências de carreira<sup>11</sup>” sendo, por vezes, um reforço para tais contingências. Ao analisar as experiências da ‘psiquiatria reformada’, incluindo a Comunidade Terapêutica, Rotelli (2014, p. 62) afirmou que “[...] nesses contextos, o manicômio parecia mais ou menos atualizado e era remoto na teoria como resíduo”. Mesmo reconhecendo a importância das transformações ocorridas dentro do hospital, para Rotelli a Comunidade Terapêutica esbarra em seus limites e reconhece seus próprios confins, ou seja, está limitada aos muros do manicômio. A Comunidade Terapêutica absorve o sofrimento do louco que está internado sem, contudo, questionar a exclusão social e todas as formas de violência dirigidas ao louco. Desse modo a Comunidade Terapêutica apazigua a tensão que poderia ser produzida, assim sua atuação seria semelhante às instituições que garantem a ordem social sem questioná-la. A raiz da crise (transformar sem questionar), para Amarante (1996, p. 91), seria a ausência ou a perda da crítica sistemática no tocante à mistificação e à suposta neutralidade da ciência. Na avaliação de Basaglia (1979, p. 87), “[...] a gestão da Comunidade Terapêutica, que procurava humanizar o manicômio, era igualmente um meio de controle social, [...] uma tolerância repressiva”. Entretanto, para Basaglia (1985, p. 147), o balanço da Comunidade Terapêutica não deve ser considerado falho; seu mérito decorre de ter tornado evidente as contradições do hospital tradicional.

Na década de 1940, em sincronia com os ventos reformistas que culminaram com a psicoterapia institucional, na França surgiu uma nova perspectiva doutrinária que orientou uma reorganização da política de saúde. O objetivo preconizado era criar condições terapêuticas prévias a fim de evitar o internamento. Nasceu, assim, a psiquiatria/política de setor. Os defensores desse modelo consideraram necessária a garantia do acesso universal a ações de saúde mental, pressupondo que o tratamento exige uma unidade indissociável,

---

<sup>11</sup> Estas seriam, conforme identificado por Goffman, uma conjunção de fatores decisivos para definição do status de quem deve ser internado ou não. Entre essas contingências estão: o perfil sócio-econômico, a visibilidade da transgressão ou dos episódios de loucura, as expectativas da comunidade quanto ao tipo de tratamento a ser ofertado, os recursos disponíveis, a proximidade de um hospital psiquiátrico.

devendo ser pensado desde as ações de prevenção até as ações de pós-cura. Se a psicoterapia institucional se restringia ao espaço interno do hospital, a psiquiatria de setor surgiu exatamente como contestação da psiquiatria asilar (AMARANTE, 1995, p. 34). O projeto empreendido por Lucien Bonnafé desde 1944 pressupunha a possibilidade de despotencializar o internamento na medida em que ações capilarizadas de cunho preventivo e profilático passassem a ser oferecidas em ampla escala. Imersos no espírito reformista que tomou conta de boa parte da Europa no período logo após a Segunda Guerra Mundial, a narrativa dominante apontava para a necessidade de produzir mudanças radicais no modelo de tratamento psiquiátrico convencional. Segundo Desviat (1999, p. 28), aproximadamente 40% dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos franceses morreram durante a Segunda Guerra; Birman e Costa (1984, p. 45) afirmam que foram registrados cerca de quarenta mil óbitos. A França estava passando por uma transição com a criação do seu sistema nacional de saúde pública; a política de Seguridade Social foi iniciada em 1945 e institucionalizada na Constituição do país em 1946, acompanhando os ventos progressistas do *welfare state*. Nessa profusão de acontecimentos no processo de reorganização sanitária, a ‘política de setor’ instigou o desenvolvimento de estratégias de territorialização da assistência, segundo Basaglia (1985, p. 111), que estariam projetadas para fora do hospital psiquiátrico. Para Castel (apud AMARANTE, 1995, p. 35), a política de setor “consiste em transferir para a comunidade o dispositivo de atendimento dos doentes mentais, antigamente exclusividade do hospital psiquiátrico”. O setor corresponde a uma região administrativa com uma nova organização sanitária que deveria possuir um conjunto de serviços extra-hospitalares, necessariamente comunitários, de caráter intermediário. Esses serviços passaram a ser responsáveis pela prevenção e pós-alta, considerando que “[...] a hospitalização constituía apenas uma etapa do tratamento, que já fora iniciado e deveria continuar nos centros de prevenção e pós-cura” (DESVIAT, 1999, p. 29). A prioridade assistencial foi deslocada do hospital para os serviços comunitários, período em que se avolumou o debate sobre a responsabilidade sanitária antes e depois do internamento, bem como ganhou força o debate sobre a continuidade terapêutica.

A política de setor foi institucionalizada na década de 1960. O fundamento era a oferta de uma assistência descentralizada, organizada em pequenas zonas ou setores compostos por um leque de serviços e ações. Os territórios foram esquadrinhados de modo que cada setor da cidade passou a ficar sob a responsabilidade técnica de uma “divisão” do próprio hospital da cidade. De acordo com Amarante (1995, p. 35), os setores correspondiam a um contingente populacional não superior a setenta mil habitantes nos

quais havia uma equipe de saúde mental -uma para cada setor da cidade- composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros com a função de garantir ações de prevenção e de “pós-cura” do sofrimento mental. Desse modo, o paciente estaria constantemente vinculado ao território, antes e depois da passagem pelo hospital. Lougon (2006, p. 184) afirma que, com a proposta do ‘setor’, foram criadas alternativas à hospitalização, “a palavra de ordem tornou-se então cuidados extra-hospitalares e reinserção social”. Com isso foram criadas soluções novas, a exemplo das oficinas terapêuticas, espaços de moradias coletivas, alojamentos e hotéis comunitários, clubes, etc.

Há várias críticas ao propósito reformista materializado na política de setor. Na prática, tem-se um novo arranjo ou uma nova forma de medicalização da sociedade. Rotelli (apud AMARANTE, 1995, p. 37) compreendeu que o setor não foi além do hospital psiquiátrico uma vez que assegurava uma conciliação sem qualquer transformação cultural em relação à psiquiatria. Basaglia (1985, p. 111) criticava o fato de que o projeto não foi acompanhado do “desmantelamento simultâneo do hospital psiquiátrico enquanto espaço fechado”, embora as ações tenham sido dirigidas ao exterior. Basaglia (2005, p. 29) estendia a crítica ao problema do manicômio como moradia forçada e como espaço de institucionalização perpétua, questões não solucionadas pela psiquiatria de setor.

Em 1955, o Congresso Americano criou uma *Comissão de Enfermidades e Saúde Mental* com o objetivo de analisar a situação da assistência psiquiátrica. Essa Comissão organizou um censo dos hospitais psiquiátricos daquele país. O relatório dessa investigação denunciou as precárias condições assistenciais e apontou medidas necessárias para solução dos problemas identificados. Entre 1955 e 1963, foram constituídas as bases jurídicas que alicerçaram o plano de mudanças assistenciais. O documento foi apresentado ao Congresso pelo presidente Kennedy em fevereiro de 1963 com o título de *Community Mental Health Centers Act of 1963*. Para Desviat (1999, p. 58), “havia um claro consenso em prol da redução do número de leitos dos hospitais psiquiátricos – em 1955, eles chegaram a 600 mil, em 1990 existiam 120 – e da busca de alternativas comunitárias”. Essa lei previa o financiamento estatal para a construção de centros comunitários substitutivos como estratégia de descentralização da assistência. A sensibilidade social mobilizada pela denúncia da violência institucional gerou entre políticos, acadêmicos e população em geral um sentimento contrário ao hospital considerado uma resposta defasada, antiquada e em processo de obsolescência. Além disso, o alto custo para manutenção dessa instituição comparado com a péssima oferta assistencial o tornaram indesejado. Lougon (2006, p. 144) afirmou que “o resultado desse e de outros fatores foi o virtual abandono dos

hospitais pelos psiquiatras americanos”. Birman e Costa (1994, p. 54) afirmaram que, no novo cenário, “a reforma do hospital psiquiátrico deve ser abandonada como ação preferencial, tornando-se o espaço social mais amplo, o espaço de ação da psiquiatria: a ‘comunidade’”. Dois consensos foram importantes para a mudança no perfil assistencial: a desospitalização e a busca de alternativas comunitárias. O hospital psiquiátrico tornou-se indefensável. Os ‘Centros de Saúde Mental Comunitária’ passaram a ter alguns parâmetros que, segundo Desviat (1999, p. 58), foram: a acessibilidade, a disponibilização de informações adequadas à população sobre a oferta dos diferentes programas e serviços, gratuidade, ênfase na prevenção, levantamento das necessidades da população, diversidade terapêutica, responsabilização do estado pelo doente e sua família. Os Centros ofereciam atendimento para os casos de emergência, hospitalização parcial, consultas externas, educação em saúde para a comunidade. A capacidade instalada previa uma população estimada entre 75 e 200 mil habitantes, segundo Desviat (idem, p. 59). Lougon (2006, p. 146) chama atenção para tais mudanças, lembrando que esse processo de ambulatorização teve rápido crescimento uma vez que novos grupos de pessoas que antes não tinham acesso aos leitos psiquiátricos passaram a ter referência de um serviço de saúde mental na própria comunidade. Para esse autor, tornou-se clichê nos EUA a associação entre a redução do número de pacientes internados e o sucesso do novo modelo assistencial.

Num clima cultural onde se buscava alternativas à psiquiatria institucional, em 1964 o psiquiatra americano Gerald Caplan publicou um livro no qual apresentou definições sobre os *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, iniciando um novo giro das práticas psiquiátricas dirigidas ao social, ou seja, fora do ambiente hospitalar. Surgiram as bases da psiquiatria preventiva, ou psiquiatria comunitária. Para Amarante (1995, p. 36), esse discurso nasceu “[...] propondo-se a ser a terceira revolução psiquiátrica [...] pelo fato de ter ‘descoberto’ a estratégia de intervir nas causas ou no surgimento das doenças mentais, almejando [...] a promoção da saúde mental”. O preventivismo emerge num momento de crise da psiquiatria mecânica e organicista, situando-se no cruzamento entre a psiquiatria de setor e a socioterapia inglesa. De acordo com Desviat (1999, p. 59), a base teórica da psiquiatria preventiva constituiu-se com as ideias de prevenção, risco, população de risco e, fundamentalmente, crise. O trabalho da prevenção implicava em identificar os fatores de risco e realizar procedimentos a fim de corrigi-los. De acordo com Amarante (1995, p. 37), essa narrativa produziu no imaginário social uma esperança salvacionista para a própria psiquiatria. A partir de uma redução conceitual, com base na retórica da ‘*história natural das doenças*’, desenvolveu-se a crença de que as ‘doenças mentais’ eram

passíveis de prevenção, se detectadas precocemente; assim, se o hospital psiquiátrico era destinado somente aos doentes com sintomas manifestos, a psiquiatria preventiva podia se antecipar, ‘indo às ruas’ ao encontro dos quadros de ‘distúrbios e desvios’ que ainda não haviam culminado em doença. Caplan adotou como princípios do preventivismo a segmentação da intervenção em três níveis: prevenção primária, prevenção secundária, prevenção terciária. Para Birman e Costa (1994, p. 54), desse modo a psiquiatria adotava feições ambíguas; passou a ser atravessada por racionalidades de origens distintas, constituídas por postulados diferentes: pelo prisma da prevenção, a psiquiatria se vinculava à racionalidade da ‘saúde pública’; mas, ao mesmo tempo, estava vinculada a uma racionalidade de política estatal que construía um ideal normativo para a saúde mental. A psiquiatria preventiva seria uma tentativa de alinhar essas disparidades.

Da efervescência reformista dos EUA surgiu o conceito de ‘*desinstitucionalização*’, um marco paradigmático para as políticas de reforma psiquiátricas vindouras. Não sem críticas, de acordo com Lougon (2006, p. 142), a partir desse novo conceito “são inegáveis as importantes mudanças introduzidas na assistência. Dentre estas, a mais expressiva é talvez a redução no número de pacientes internados”. A desinstitucionalização concebida pela psiquiatria preventivista invertia a prioridade do ato terapêutico outrora destinado à cura e reabilitação. Para o preventivismo, a ação deve ser iniciada na prevenção, considerando que o internamento é um recurso para a exceção, não para ser adotado como regra. Com isso, a desinstitucionalização ampliou o raio de alcance da psiquiatria redimensionando o conceito de loucura que passou a absorver tanto o desvio como o desajustamento social, tipificações bastante abrangentes. O conceito de desinstitucionalização aí adotado permitiu articular uma crítica ao sistema da assistência psiquiátrica centrado no predomínio do hospital, mas não conseguiu romper com o saber que o autorizava, ou seja, não questionava a ‘verdade’ produzida pela psiquiatria. Para Amarante (1996, p. 16), esse conceito estava alinhado ao discurso tradicional da psiquiatria, “[...] assumindo a validade de seus princípios, e partindo do pressuposto de que a reforma implica a correta aplicação do saber e das técnicas psiquiátricas, ou seu simples rearranjo e condução administrativa”. Esse autor ponderou que a experiência da desinstitucionalização gestada nos EUA teve por efeito uma ação racionalizadora em termos administrativos (redução dos leitos psiquiátricos, redução do tempo de permanência no leito, redução de recursos); contudo, houve menos avanços quanto à natureza da assistência psiquiátrica (o manicômio não foi refutado) e à medicalização da loucura.

O modelo americano esbarrou em impasses. Desviat (1999, p. 59) afirmou que a lei apresentada em 1963 previa a construção de 2.000 Centros Comunitários dos quais somente 600 foram efetivados até o começo do século XX. Castel (apud LUGON, 2006, p. 155) fez uma longa análise dessa política e conclui que a desinstitucionalização foi equivalente a uma desospitalização, gerando efeitos colaterais como desassistência. Lougon (2006, p. 170) também constatou importantes fragilidades nos novos serviços, como os lares abrigados, que continuaram tendo práticas opressivas, espaços insalubres, ausência de acompanhamento continuado. Ficou evidente que a privatização da assistência em saúde, adotada como solução para as políticas públicas, gerou consequências deletérias como ausência de controle/monitoramento e grandes lucros com verba pública. Por fim, considerando a questão dos pacientes crônicos, aspecto fundamental num processo de desinstitucionalização, Lougon (idem, p. 169) conclui que

[...] esses cuidados não acompanharam a desinstitucionalização. Esta política não conseguiu promover cuidados em ambientes não-institucionais, não reintegrou os ex-pacientes na comunidade e não melhorou sua qualidade de vida. Também não reduziu sua dependência das instituições públicas, e mesmo não conseguiu fornecer custódia para aqueles que dela necessitam. Esses eram problemas antigos, novos problemas surgiram como o da hostilidade da população em relação ao louco sem teto.

Enquanto fundamento epistemológico, o preventivismo introduziu consideráveis transformações administrativas sem, contudo, questionar o discurso que a psiquiatria construiu sobre a loucura. Pelo caminho da ‘prevenção’, a psiquiatria outra vez esteve defrontada com ideais higienistas, claro que com significativas modificações em relação ao movimento das décadas anteriores, mas como uma retórica fundamentada no ideal sanitário que seria uma sociedade sem doença mental. A psiquiatria preventivista se propôs a agir desde os primeiros sinais de ‘desvio’, de mal-estar, de desajustamento, sem jamais conseguir avançar na crítica ao ‘ideal de ajustamento’ social. Outra vez se verifica um *aggiornamento* tal qual concebido por Castel (1978).

### **3.4.1 - A Reforma Psiquiátrica Italiana: da desmontagem da instituição à invenção da saúde**

Não se pode transformar uma realidade dramática e opressora sem violência polêmica, nos confrontos com aquilo que se quer negar, incluindo na crítica os valores que possibilitam e perpetuam a existência de uma tal realidade (BASAGLIA, 1985, p. 9)

O clima de contestações generalizadas que caracterizou o começo da segunda metade do século XX incidiu na psiquiatria italiana, permitindo a produção da mais

consistente crítica ao modelo psiquiátrico hospitalocêntrico. Rapidamente a crítica à instituição transformou-se também em crítica ao sistema de valores que sustentavam o status da ‘ordem social’ que tinha na psiquiatria um sustentáculo para sua manutenção. A crítica gerou ação política de ruptura com o manicômio enquanto lugar de práticas dirigidas aos portadores de transtorno mental. Buscou-se negar o mandato social da psiquiatria e de suas instituições. Com efeito, esvaziado de sua função ‘terapêutica’, contestado no plano prático e teórico, o hospital psiquiátrico passou a ser negado e decomposto. O hospital foi denunciado e condenado pelo seu caráter excludente, antiterapêutico, nocivo, incapaz de ser meio para restituir a sanidade. Diante de todos os fracassos em todas as tentativas anteriores que acreditaram ser possível humanizá-lo, o hospital continuou se renovando e se repetindo como “*instituição da violência*”<sup>12</sup>. Cabia apenas destruir uma instituição vocacionada para ser uma instituição total, conforme caracterizado por Erving Goffman. Na experiência italiana, a desmontagem institucional seguiu acompanhada do nascimento de um complexo conjunto de instituições ‘alternativas’, destinadas a reconstruir a complexidade do objeto da saúde.

O marco da reforma psiquiátrica italiana foi o ano de 1961, ocasião em que Franco Basaglia assumiu a direção do hospital psiquiátrico em Gorizia, região sul da Itália. Basaglia, psiquiatra, militante de grupos antifascistas na juventude, teve seu primeiro contato com uma instituição total quando esteve preso em Veneza durante seis meses por lutar na “Resistência” ou *partigiana*<sup>13</sup> em oposição ao regime fascista. Ao final do curso de medicina em Pádua em 1949, durante os doze anos posteriores, Basaglia atuou como psiquiatra de uma clínica universitária em Padova. Nesse período a Itália contava com uma assistência psiquiátrica considerada atrasada. O modelo assistencial era hospitalocêntrico e contava com um robusto parque hospitalar. Os serviços hospitalares eram divididos em dois segmentos: a) clínicas psiquiátricas universitárias - como a que Basaglia atuava - responsáveis por receber os casos que despertavam algum interesse acadêmico para

---

<sup>12</sup> Termo adotado por Basaglia em 1968 no livro “A instituição negada”, retomado em 1969 em “Carta de Nova York”.

<sup>13</sup> A ‘*Resistenza italiana*’ ou ‘*partigiana*’ era um movimento social de resistência que se opunha ao regime fascista por meio da luta armada. O grupo também lutou contra a ocupação italiana pelas forças no exército Nazista da Alemanha. A Resistência era composta por grupos e tendências diferentes tal como católicos, comunistas, anarquistas, liberais, etc. que possuíam uma unidade na luta contra o projeto de Mussolini. Ao final da Segunda Guerra e da queda do fascismo, os partidos que compunham a Resistência haviam constituído o ‘*Comitê de Liberação Nacional*’ (CLN) que, desde 1946, assumiu os primeiros governos pós-guerra. Nesse momento foi dado início à abertura política no país. Em concomitância, inicia-se um conjunto de reformas sociais na Itália. Em 1947 é promulgada a nova Constituição, com efeitos a partir de janeiro de 1948, que impôs ao Estado a responsabilidade pela garantia do ‘direito à saúde’ entendido como direito fundamental.

pesquisa; b) manicômios, responsáveis pelos pacientes ‘perigosos’ e demais casos que não se ‘enquadravam’ no perfil das clínicas universitárias. Eram dois mundos distintos tanto no propósito terapêutico quanto no prestígio social e ‘científico’. Efetivamente Basaglia passou a ter contato com o manicômio a partir do seu ingresso em Gorizia.

A década de 1960 foi marcada por um conjunto de acontecimentos sociais, políticos e acadêmicos. Foi um período de ascensão de movimentos de contracultura. No campo da psiquiatria, ganham força movimentos de contestação dos fundamentos clássicos do saber psiquiátrico. Todos os tensionamentos que sacudiram a psiquiatria desde os anos 1940 do século XX questionaram o poder e o feito que se produzia sobre o doente, ou, mais precisamente, o modo como o poder médico estava implicado naquilo que dizia ser a ‘verdade’ em relação à doença e ao doente. De acordo com Foucault (2018, p. 206), “todas as grandes reformas, não só da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno dessa relação de poder, são tentativas de deslocar a relação, mascará-la, eliminá-la e anulá-la”. Enquanto discurso, a antipsiquiatria passou a fazer importantes antíteses ao saber médico sobre a loucura; radicalizou a crítica ao mandato social da psiquiatria; tensionou seus fundamentos sobre a esquizofrenia. Em todo o mundo passa a ganhar força a análise crítica sobre o poder da psiquiatria e seus efeitos na sociedade. Fez-se um profundo questionamento das “técnicas de invalidação” social decorrentes do diagnóstico psiquiátrico tomado como sacrossanto.

A década começou com a publicação, em 1961, do livro ‘*Folie et Dérison*’ de Michel Foucault (depois reeditado e renomeado em 1972 como ‘*Histoire de la folie à l’âge classique*’) que sacudiu o imaginário acadêmico. Também no ano de 1961, Erving Goffman publicou o livro “*Manicômios, prisões e conventos*” a partir de um trabalho de campo feito no hospital psiquiátrico St. Elizabeths de Washington (EUA) alguns anos antes. Nesse mesmo ano, Frantz Fanon - psiquiatra, ensaísta, marxista, militante de movimentos decoloniais na África- publicou “*Condenados da Terra*” onde descreveu um conjunto de perturbações mentais devidas à experiência de violência e da guerra na Argélia. Fanon já havia publicado, uma década antes, um livro onde discutiu a repercussão do racismo na produção do sofrimento psíquico, trazendo para a cena psiquiátrica um conjunto de temas absolutamente desprezados pelo discurso hegemônico como as questões raciais, a violência institucional, a guerra. No final da década, em 1967, David Cooper publicou ‘*Psiquiatria e antipsiquiatria*’ no qual interrogou a validade dos construtos teóricos, da prática e do poder médico. A antipsiquiatria impôs uma reflexão sobre violência institucional e retomou a complexidade do problema da loucura. Para Amarante

(1995, p. 43), “a antipsiquiatria procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais”. No cenário internacional dos tensionamentos nessa década, soma-se ainda o Black Panther Party, a crítica filosófica da Escola de Frankfurt, os movimentos de maio de 1968 na França, a guerra do Vietnã, o festival de Woodstock em 1969, entre outros, que inauguraram novos paradigmas com um misto de denúncia e contracultura em relação ao sistema de valores então hegemônicos. O clima cultural europeu dessa década foi fundamental para a modelagem da reforma iniciada por Basaglia e seus interlocutores. Para Amarante (idem, p. 45), “as propostas de transformação da assistência psiquiátrica encontram-se imersas em contextos sócio-históricos precisos e, portanto, datadas e matizadas por jogos de interesses, relações de saberes, poderes, práticas e subjetividades”.

Ao assumir o hospital psiquiátrico em Gorizia, Basaglia, notadamente impactado pela precariedade do manicômio público, buscou conhecer experiências reformistas. Inspirado na proposta desenhada por Maxwell Jones, Basaglia iniciou um trabalho de transformação do hospital psiquiátrico num período em que ainda acreditava na possibilidade de humanização dessas instituições. A estratégia seria adotada como recurso para produção de uma crise no interior da instituição -como primeiro estágio- para, a partir disso, revelar as contradições sociais e políticas da própria sociedade excludente e violenta. Por um tempo Basaglia acreditou que a Comunidade Terapêutica permitia equiparar os diferentes atores ali envolvidos. Chegou a dizer que “as premissas da comunidade terapêutica parecem nos dar razão, porque pacientes, médicos e funcionários estão todos envolvidos na mesma crise, e nela encontram sua base humana comum” (BASAGLIA, 2005, p. 34). Esta era a expectativa de que as relações mais horizontalizadas nesse formato de instituição pudessem embasar a luta contra os mecanismos de opressão, exclusão e violência inscritos na sociedade fora do manicômio. De acordo com Desviat (1999, p. 43), a tentativa de humanizar e transformar o hospital psiquiátrico numa Comunidade Terapêutica seria uma etapa provisória de modo que a ação pudesse ser levada para fora do espaço hospitalar onde os mecanismos de marginalização do doente mental têm origem. A pretensão desse processo era a “[...] transformação do manicômio num hospital terapêutico”. Acreditou-se ser possível transformar o espaço intra-hospitalar a partir do envolvimento de todos: pacientes e equipe. Contudo, Goffman (2010) já havia sinalizado quão disparees são as realidades do “mundo do interno” e o “mundo da equipe”. Amarante (1995, p. 47) afirma que, dessa experiência inicial em Gorizia, foi possível refletir sobre os

riscos e limites intrínsecos às Comunidades Terapêuticas. O modelo deixava intacto o dispositivo do poder psiquiátrico na relação terapêutica além de criar um mundo à parte das relações sociais reais, complexas. A Comunidade Terapêutica seria mais uma forma de abrandar o problema da violência institucional sem romper com a institucionalização e sem resolver os mecanismos sociais que produzem exclusão, violência e sofrimento mental. Desse modo, de acordo com Basaglia (1985, p. 131), surgia a necessidade de romper com o hospital psiquiátrico e as suas atualizações uma vez que

por esta razão recusamo-nos a propor a comunidade terapêutica como *modelo institucional* que seria vivenciado como proposta de uma nova técnica para resolver conflitos. Nossa ação só pode prosseguir no sentido de uma dimensão negativa que é, em si, destruição e ao mesmo tempo superação. Destruição e superação que vão além do sistema coercitivo-carcerário das instituições psiquiátricas e do sistema ideológico da psiquiatria [...]

Num segundo momento, Basaglia iniciou um movimento de crítica institucional da qual se originou a ruptura com o hospital psiquiátrico, marcando definitivamente o projeto da reforma psiquiátrica italiana que passou a ter como norte a superação ou desmontagem do hospital, não mais a sua humanização. Com isso surgiu a fase da negação das “instituições da violência”. O hospital psiquiátrico é um lugar de alienação induzida, de objetificação, de mortificação do eu, de despersonalização, de institucionalização, ainda que as reformas internas o transforme numa ‘gaiola de ouro’. É um espaço de sujeição e violência constitutiva, de desumanização cristalizada. Um espaço de maximização do discurso opressor, “uma organização baseada unicamente no princípio de autoridade, e cujos objetivos principais sejam a ordem e a eficiência [...]”. Sempre se escolheu a eficiência e em seu nome o doente foi sacrificado” (BASAGLIA, 2005, p. 54). Depois da experiência de Gorizia refuta-se qualquer tentativa de transformar o asilo, ou de realizar o ‘reformismo psiquiátrico’; não há qualquer compromisso com a busca de soluções eminentemente técnicas que mantenham intactas as relações de poder e os mecanismos de controle social. Desde muito cedo Basaglia reconheceu o caráter contraproducente e iatrogênico do hospital psiquiátrico. Considerando que o “[...] manicômio revelou o caráter profundamente antiterapêutico de suas estruturas, qualquer transformação que não se acompanhe de um trabalho interno que a coloque em discussão a partir da base torna-se inteiramente superficial e de fachada” (BASAGLIA, 1985, p. 122). O desfecho da transformação empreendida na experiência italiana foi a ruptura com o manicômio. A síntese desse processo foi assim descrita:

o nosso discurso antiinstitucional, antipsiquiátrico (isto é, antiespecialístico), não pode restringir-se ao terreno especialístico de nosso campo de ação. O

questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam, levando-nos a uma crítica da neutralidade científica – que atua como sustentáculo dos valores dominantes –, para depois tornar-se crítica e ação política. (BASAGLIA, 1985, p. 9)

Nesse processo a ideia central era negar os valores fundantes, romper e desmontar o manicômio, recriar soluções para os dilemas da psiquiatria. Para Amarante (1996, p. 75), “essa operação de negação-superação-invenção é um processo dialético”. Operações simultâneas e sincronizadas. O projeto de reforma consistia em uma primeira fase de destruição real e simbólica do aparato manicomial, seguida de uma segunda fase onde deveria ser construída uma nova realidade institucional. Basaglia (1985, p. 129) propôs esse modelo “[...] como um modo de resolver o problema das instituições psiquiátricas, ou propomos a negação como única modalidade atualmente possível [...]”. Para Amarante (1995, p. 49), o que estava em curso nesse momento “[...] dizia respeito a um projeto de desinstitucionalização, de desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos”.

Em 1971, Basaglia assumiu a direção do hospital psiquiátrico San Giovanni em Trieste, instituição com cerca de 1.200 pacientes internados dos quais cerca de 2/3 eram internamentos involuntários ou compulsórios. Após amplo esforço de introduzir mudanças imediatas como o fim do isolamento social e dos métodos que usavam violência física, a partir de 1974 e 1975 foram iniciadas várias ações de transformação da assistência extra-hospitalar com a abertura de uma série de novos espaços na comunidade. A criação de novos serviços tinha por objetivo enfraquecer o hospital psiquiátrico, tornando-o obsoleto. Foram construídos sete centros de saúde mental, sendo um para cada área da cidade, cada um responsável por até quarenta mil habitantes, com funcionamento diuturno ininterrupto. Os serviços passaram a ser responsáveis pelos procedimentos ambulatoriais, tratamento-dia, hospitalização breve, retaguarda noturna, assistência social e assistência alimentar. Foram abertas moradias para os internados que não tinham suporte residencial fora do hospital. Para viabilizar o processo de reinserção, foram criadas cooperativas de trabalho - empresas sociais - constituídas por ex-internos. O fluxo progressivo da reforma na Itália ganhou institucionalidade jurídica em 1978 com a aprovação da Lei 180 que criou um marco legal como plataforma normativa para a assistência psiquiátrica em todo Estado italiano. A nova Lei contemplou três aspectos fundamentais: 1) vedar novas internações em hospitais psiquiátricos e proibir a construção de novos hospitais; 2) criar serviços comunitários, serviços territoriais, garantir atendimento contínuo, interligar os serviços assistenciais; 3) abolir o estatuto de ‘periculosidade social’ do louco como representação jurídica apriorística.

O que ocorreu na inflexão produzida a partir dessa experiência foi um processo de mudança que se iniciou com uma transformação da realidade interna do manicômio e culminou com sua desmontagem. Em seu lugar, construiu-se uma ampla oferta de possibilidades assistenciais, sociais, existenciais totalmente descoladas do vínculo com a antiga estrutura hospitalar. Na matriz dessa mudança está fincado o compromisso com a superação do hospital, não sua renovação. O passo adiante foi a ‘negação do hospital’ enquanto referência assistencial. Para Basaglia (1985, p. 10), “esta é a ação de mudança institucional que médicos, psicólogos, sociólogos, enfermeiros e doentes propuseram e provocaram em um hospital psiquiátrico, contestando no plano prático a condição manicomial [...] negação da instituição psiquiátrica [...]”. Embora tenha se conseguido alguns avanços com transformação da realidade interna do manicômio, verificou-se que tais ganhos modificaram pouco a realidade extra-muros; logo, havia a necessidade de transformar também a realidade externa. Em termos práticos, tratava-se de uma operação simultânea entre negar o hospital e construir alternativas assistenciais comunitárias. Essa foi a fórmula da reforma psiquiátrica italiana. Esse processo foi novamente nomeado de desinstitucionalização, com uma conotação totalmente diferente do que havia acontecido nas tentativas anteriores de reforma na França, Inglaterra, EUA.

Para Venturini (2016, p. 68), “a desinstitucionalização pode ser definida como um conjunto de ações administrativas, operacionais, gerenciais, interpessoais, que determinam uma progressiva modificação do estatuto do usuário”. Com isso, verifica-se que a reforma psiquiátrica deve conciliar as mudanças assistenciais com mudanças no lugar social do usuário/louco que jamais seriam obtidas pelo hospital psiquiátrico. O hospital psiquiátrico é um agente refratário para obtenção de mudanças sociais concretas para os usuários. Citando Renato Piccione, Venturini (idem, p. 69) considera que a desinstitucionalização deve articular mudanças em dois níveis: tanto no nível do manicômio quanto no nível do território. Amarante (1996, p. 86) também advogou que a desinstitucionalização deve ocorrer em dois níveis simultâneos, sendo um deles o nível teórico e o outro o nível político. No que concerne às teorias, cabe retomá-las em seus princípios e fundamentos, problematizando seus construtos e seus compromissos, sua consistência argumentativa e as narrativas produzidas; no que se refere à questão política, há de ser problematizada a exclusão social em decorrência dos estigmas associados à loucura, há de ser reconstruído um lugar social alinhado aos avanços civilizatórios garantidores da dignidade e da cidadania. Para Amarante (idem, ibidem), uma transformação dessa magnitude implica em um processo “[...] que deve ser levado a cabo não apenas no hospital psiquiátrico [...], mas

no conjunto do saberes e práticas operadas sob o título de psiquiatria [...] que contém não apenas uma crítica epistemológica, mas uma crítica ao lidar social e político com os mesmos”. Com isso, a ação prático-teórica torna-se também ação política. Os novos serviços assistenciais deveriam ser concebidos como operadores de transformações práticas na vida concreta dos usuários; não somente serviços destinados a tratar as patologias clínicas, mas também comprometidos com mudanças no cotidiano social dos usuários, familiares e sociedade em geral.

No que diz respeito às mudanças na assistência hospitalar, estas não deveriam ser limitadas à mera desospitalização, entendida como simples redução do volume de internamento. Trata-se de uma operação complexa de criação de um conjunto de ofertas sócio-sanitárias, com repertório diversificado de respostas assistenciais compromissadas com a ‘invenção da vida’, algo muito além do clássico reducionismo aos códigos das patologias mentais, como ocorria no apogeu do alienismo. A desinstitucionalização aos moldes da experiência italiana tem uma dimensão ‘inventiva’, um importante impulsionador de soluções. Se Basaglia apontou para a desmontagem do aparato manicomial a partir da ideia-força da “instituição negada”, Rotelli reconhece a necessidade de refazer o horizonte do processo a partir da ideia de “instituição inventada” que seria, segundo Venturini (idem, p, 68) “[...], o processo prático-crítico, que orienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções rumo a um novo objeto: a existência/sofrimento do paciente na sua relação com o corpo social”. Para esse autor (idem, p. 70), a desinstitucionalização, que é o próprio cerne das práticas contrárias ao manicômio, força uma relação com as raízes do movimento de transformação, estabelece uma relação entre passado e presente. Inscreve-se aí uma descontinuidade entre a instituição a ser negada e a instituição a ser inventada.

Na experiência italiana houve uma atenção especial ao tipo e aos efeitos das novas instituições criadas. Rotelli (2014, p. 27) alertou para o risco da “transinstitucionalidade” -a reprodução das velhas práticas nos novos serviços-, ou o favorecimento da internação psiquiátrica ao invés de sua substituição. Lougon (2006) registra um conjunto de contradições na experiência dos EUA tais como: desassistência em alguns lugares, reprodução de práticas autoritárias, aumento do número de internamentos compulsórios, etc. Sobre a experiência dos EUA, em particular, Basaglia (2005, p. 160) havia feito em 1969 uma dura crítica ao que chamou de “solução parcial”, ou seja, uma tentativa de reforma a-dialética, a face invertida do mesmo sistema, uma ação que acobertou as contradições sociais sem confrontar o próprio sistema de valores. O esforço para romper

com os mecanismos de institucionalização, mesmo que se reproduziam no ambiente externo ao hospital, marca o distanciamento da desinstitucionalização pensada por Basaglia em comparação com as outras experiências também denominadas como desinstitucionalização. De acordo com Amarante (2006, p. 85), essa diferença ocorre por dois motivos: em primeiro plano, por buscar uma transformação no modo como a sociedade lida com a loucura, o que não seria obtido apenas com pequenos ajustes e melhoramentos dentro dos manicômios; em segundo plano, porque as reformas que se limitaram ao espaço institucional não questionaram a relação dentro-fora, a violência dirigida ao louco, a exclusão social, a perda do poder de contratualidade, a repercussão concreta que rebaixa o louco à condição de alienado do ponto de vista jurídico. Assim, segundo Amarante (idem, p. 95), o sentido da “[...] desinstitucionalização está na crítica à ideia de uma resposta exclusivamente técnica para o tratamento dos problemas mentais, ou melhor, a crítica por si só ideológica, de que o problema mental seja exclusivamente psiquiátrico”.

A chave teórica e programática da reforma psiquiátrica italiana foi a decomposição e a desmontagem que culminaram com o fechamento do manicômio. Mas os impactos desse processo repercutiram também na própria psiquiatria que passou a ter sua prática questionada por se revelar ineficaz do ponto de vista terapêutico, além de ser corresponsável pela reprodução das práticas de iniquidade e exclusão social. De acordo com esse autor, os gestores da reforma foram sendo forjados no próprio processo de desmontagem do hospital psiquiátrico. Em substituição ao manicômio, surgiram novos serviços destinados a acolher as pessoas com o compromisso de não reproduzir os mecanismos de exclusão e tutela. Na Itália os novos serviços foram criados com os mesmos trabalhadores outrora alocados no hospital psiquiátrico com o compromisso de oferecer uma nova forma de assistência às demandas da ‘saúde mental’ da população da cidade e arredores. O arcaico manicômio foi decomposto. Em seu lugar surgiram novas estratégias de saúde mental comunitária, de caráter coletivas e articuladas à pulsação do território social.

A partir desse momento ocorreu uma ruptura epistemológica com a noção de desinstitucionalização já existente desde o modelo dos EUA. A desinstitucionalização empreendida na Itália atingiu o próprio paradigma psiquiátrico. Não bastava renovar lugares e melhorar as práticas, era preciso produzir uma inversão na relação problema-solução. Na perspectiva de Rotelli (2014, p. 30), a desinstitucionalização desarticula a solução institucional cuminando com a transformação e remontagem do problema. Trata-se

de remontar a complexidade existencial e a globalidade da vida do paciente e do tecido social que haviam sido drasticamente desintegrados pelo discurso da psiquiatria ao longo de sua história. A desmontagem da relação problema-solução não significa renunciar à clínica ou à cura, ao contrário, trata-se de complexificar o objeto do cuidado. Para esse autor (idem, p. 33), “a inversão da solução orienta globalmente a ação terapêutica como ação de transformação institucional”. A instituição é compreendida como o conjunto dos dispositivos científicos, legislativos, administrativos, procedimentais e clínicos (catálogos diagnósticos, manuais de intervenção, etc.) que esquadrinham o cotidiano das práticas institucionais que embasam a relação de poder entre os profissionais dos serviços e os usuários. Desse modo, a “desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição em face deste objetivo bem distinto” (idem, *ibidem*). A desinstitucionalização gera uma ressignificação da institucionalidade ou novas relações de poder entre a instituição e os sujeitos ao trazer os usuários como sujeitos implicados na própria mudança. Trata-se da retomada do contrato social do qual o louco esteve excluído desde o período do ‘grande internamento’ conforme descrito por Foucault (2005). Nessa perspectiva, para Rotelli (2014, p. 34), “o processo de desinstitucionalização se volta para reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não se põe sobre o processo de cura se não sobre o processo de ‘invenção da saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’”. Em síntese, há uma primeira transformação concreta que ressignifica as relações de poder entre os sujeitos envolvidos, mudando o lugar social do louco e resgatando a possibilidade da retomada do exercício da cidadania, da dignidade, do poder de contratualidade social. Para Amarante (1996, p. 105), a desinstitucionalização pode ser entendida como:

um complexo processo, a um só tempo prático e teórico que, decompondo o saber e o olhar clínico, caminha no sentido de aceitar o desafio da complexidade dos múltiplos planos de existência, inventando novas possibilidades de inscrição dos sujeitos no corpo social.

Numa segunda perspectiva, concomitante com a anterior, o processo de desinstitucionalização desencadeado na Itália resultou na criação de um amplo complexo assistencial. Para Rotelli (2014, p. 38), o fator diferencial dessa experiência é que “[...] está embasada na utilização dos recursos e dos problemas internos da estrutura em decomposição, para construir peça a peça as novas estruturas externas. Estas nascem para acompanhar os pacientes fora do manicômio e construir as ‘alternativas’”. A partir dessa desmontagem do manicômio, seus recursos instrumentais e financeiros foram usados para

composição de um panorama assistencial completamente diferente, prescindindo do hospital. As alternativas ao manicômio surgiram de uma conversão gradual dos recursos destinados à manutenção do hospital, das pessoas e das competências já existentes. Eram as mesmas pessoas, os mesmos pacientes, os mesmos recursos, mas com o novo agenciamento no intuito de inverter a solução-problema. Desse modo surgiram alternativas ao manicômio que o tornaram obsoleto: serviços de atenção às urgências psiquiátricas em hospitais gerais, os serviços territoriais com funcionamento 24 horas, as cooperativas de trabalho ou empresas sociais, as casas-lares para internos de longa permanência, os espaços de alimentação no bairro, os ginásios de esportes, as oficinas de artes, entre outros. Para Rotelli (idem, p. 38), ao passo em que o manicômio foi sendo desmontado, surgiu uma identidade de fundo com três aspectos fundamentais:

- a) A construção de uma nova política de saúde mental desde baixo e desde o interior das estruturas institucionais, mediante a mobilização da participação, ainda que seja conflitual, de todos os atores envolvidos;
- b) a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global dos pacientes, de modo tal que eles, mais ou menos afetados, sejam sujeitos ativos e não objeto em relações institucionais [...]
- c) A construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas à internação em manicômios, precisamente porque surgem de seu interior e de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos materiais e humanos que lá estavam.

Os novos serviços criados surgem com a força de responder às mais variadas demandas assistenciais e sociais para os ex-frequentedores dos hospitais psiquiátricos, abrindo também a possibilidade de acolher outros usuários que nunca frequentaram os hospitais e nunca os frequentarão. Trata-se de um serviço forte o suficiente para despotencializar, tanto na dimensão assistencial quanto na representação social, o lugar do hospital, consagrado pela psiquiatria em toda sua história. Para Rotelli (idem, p. 42), “[...] este modelo de serviços é totalmente substitutivo da internação, porque responde de maneira inversa, quer dizer, em positivo, ao conjunto das necessidades que o velho asilo absorvia em seu interior [...] não por causalidade se tem chamado ‘serviço forte’”. Desviat (1999, p. 45) -recorrendo a reflexões de Giuseppe Dell’Acqua, teórico da reforma psiquiátrica italiana-, considera que essa experiência iniciada em Trieste levou à destruição do manicômio e do aparato institucional ao mesmo tempo em que expôs a violência por ele praticada. Mais que isso, demonstrou na prática que era possível gerar um “circuito de atendimento” em que se produzia cuidado e novas formas de sociabilidade, simultaneamente. Em outros termos, como disse Rotelli (apud DESVIAT, 1999, p. 44), essa transformação tornou possível “[...] a construção de novas possibilidades, de novas

formas de entender e tratar a loucura”. A polissemia do termo desinstitucionalização revela sua complexidade material e simbólica. Ao traduzir o sentido da prática gestada na Itália, Venturini (2016, p. 65) diz tratar-se de:

um movimento que, partindo das experiências práticas de ruptura institucional e retirando forças dos pressupostos ideológicos da lei de reforma, se formou e se desenvolveu como nova e radical organização comunitária de saúde mental e como um novo paradigma da saúde.

A reforma psiquiátrica não pode ser caracterizada apenas como uma proposta de reformulação ou reestruturação dos serviços de saúde mental, nem mesmo nos contextos onde os manicômios foram desativados. A reforma psiquiátrica é parte da construção de um novo pacto social. Portanto, é um processo social complexo que mobiliza recursos materiais, pessoas, sensibilidades, conhecimentos e instituições, formando uma teia complexa em prol da criação de um projeto social e sanitário que seja condizente com o compromisso da inserção social, da garantia do direito à saúde, da dignidade da pessoa humana e pluralidade de saberes além da psiquiatria.

Em sendo um processo social marcado pela complexidade, Amarante (2007, p. 63) entende que há um conjunto de dimensões que se entrelaçam e simultaneamente operam conflitos, pulsações, paradoxos, tensões, consensos, etc. Esse autor destacou quatro dimensões no processo da reforma psiquiátrica: a) a dimensão teórico-conceitual; b) a dimensão técnico-assistencial; c) a dimensão jurídico-política; d) a dimensão sociocultural. A dimensão técnico-assistencial corresponde ao conjunto das ações e dos serviços constituídos no processo da reforma psiquiátrica cuja finalidade é acolher, cuidar, permitir trocas sociais que, por si, mudam o panorama da oferta, instituem nova sociabilidade, diminuem ou neutralizam o peso da institucionalização, impedem a alienação induzida pela institucionalização, diversificam a resposta clínica em função da diversidade da demanda assistencial. Trata-se da invenção de um novo modo de organizar a oferta da assistência de saúde mental que articula uma rede complexa e dinâmica de espaços e serviços que prescindem da violência, da exclusão, do poder disciplinar e da coação. Na experiência italiana o fechamento de um leito num hospital psiquiátrico passou a ser acompanhado pela criação de um conjunto de outras possibilidades assistenciais. Logo, não se trata de desassistência, mas de desmontagem do hospital e construção de outras respostas assistenciais. Como disse Rotelli (2014, p. 37), o hospital psiquiátrico foi feito para ter portas fechadas; a reforma psiquiátrica italiana, além de abrir as portas da instituição, construiu novas estruturas externas. Novas portas, novas janelas, novas pontes, novas

entradas, novas passagens, novos jardins, novas paisagens. Construiu-se uma rede de serviços e um conjunto de outras possibilidades clínicas e sociais onde a clínica não é reduzida ao manejo dos sintomas e a questão social não é reduzida à pseudo-liberdade.

A averiguação das variadas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no século XX revela aproximações e diferenças radicais. Para Lougon (2006, p. 142), “interessa observar que os novos modelos de organização da assistência psiquiátrica ocorridos em diferentes países têm as marcas dos diferentes contextos sociais, políticos, econômicos, geográficos e dos diferentes momentos históricos nacionais [...]”. Cada experiência específica teve como fundamento uma base epistemológica também específica, o que permitiu produzir percursos distintos, ainda que tenham sido nomeados com os mesmos significantes. É uma forçada simplificação da linguagem referir-se a reforma psiquiátrica com uso dos termos na forma singular. Os processos devem ser compreendidos na sua pluralidade para que não se caia na armadilha da homogeneização das diferentes modelagens. Seria também injusto pressupor que as grandes experiências consolidadas podem ser exportadas para outros contextos. Essa é uma história que foi construída a partir de condições concretas onde estiveram inscritos determinantes materiais, econômicos, políticos e científicos que puseram em disputa diferentes narrativas e diferentes concepções de mundo. Diferentes forças e relações de produção – as bases econômicas- em diferentes tessituras com a superestrutura – a expressão cultural, a sensibilidade social induzida pela ideologia das forças dominantes- compuseram diferentes ‘quadros’ com diferentes cores e paisagens distintas. Há, contudo, alguns aspectos estruturais que se repetiram e devem ser considerados: em primeiro lugar, em todas essas experiências houve um *processo* objetivo e gradualmente construído na disputa dos valores e narrativas, em alguns casos transcorrendo durante décadas; em segundo lugar, há um sem fim de *contradições* não só no contraste entre as diferentes experiências, mas também numa análise mais profunda em cada uma das experiências, o saldo foi o que se produziu exatamente a partir dessas contradições e disputas em cada contexto; em terceiro lugar, todas essas experiências foram gestadas por *sujeitos* individuais e coletivos reais e politicamente ativos, no caso da experiência italiana passa a figurar um novo sujeito, qual seja, o usuário/paciente ex-interno; em quarto lugar, os diferentes sujeitos agiram em conformidade com *bases ideológicas* constituídas e determinadas socialmente a partir do lugar que cada um ocupou no arranjo social ao qual pertenceu.

Do ponto de vista teórico é possível visualizar as diferentes perspectivas de análise desses processos. Robert Castel (1978) construiu sua linha analítica apontando o efeito de

*aggiornamento* como características das reformas francesas de 1838 e de 1960; por outro lado, o conceito de *descontinuidade*, tal qual construído por Michel Foucault, permite identificar as sutilezas e as transformações dos discursos sem apagá-las nas retóricas e nas linhas evolutivas -continuístas ou revolucionárias- de modo que a história vai sendo contada pelas disputas e rupturas, não pelos encadeamentos e sucessões. Ao cabo, caminhar com essas duas ‘chaves analíticas’ permitirá identificar a imutabilidade e a mutabilidade, o que se restaura e o que se transforma, o momento da repetição e o momento da ruptura.

A análise desses modelos e seus desdobramentos é um ponto de referência para compreensão da reforma psiquiátrica brasileira, não sem considerar as características do contexto local com todas as suas singularidades, seus obstáculos, sua cadência, suas carências e sua potência.

### **3.4.2 - A Reforma Psiquiátrica Brasileira e o modelo de atenção psicossocial**

As considerações a seguir possuem como marco temporal os processos de reforma da assistência psiquiátrica desencadeados na década de 1970. A partir desse momento a característica do movimento dos reformadores no Brasil passou a ser a busca da ruptura com o modelo manicomial, não apenas a sua humanização, como visto nas reformas anteriores no Brasil. Com isso se estabelece um diferencial cuja característica era a criação de alternativas sócio-sanitárias extra-hospitalares.

Como se viu anteriormente no ‘**gráfico 1**’ acima, o Brasil vivenciou um importante crescimento no número de hospitais psiquiátricos entre as décadas de 1960 e 1980. Adauto Botelho assumiu o Serviço Nacional de Doenças Mentais entre 1941 e 1954; em 1946, o Governo Federal promulgou o Decreto-Lei 8.550 que dava autorização para que os estados pudessem conveniar a construção de hospitais psiquiátricos. Em função dessa perspectiva política, ao final da gestão de Botelho, o Brasil já contava com cerca de 16.000 novos leitos psiquiátricos; a maioria deles em estabelecimentos públicos. Do ponto de vista político, o país seguiu um fluxo desenvolvimentista caracterizado pela industrialização, urbanização e fortalecimento da presença do Estado entre a segunda metade da década de 1950 e início da década de 1960. Isso permitiu a expansão da oferta de alguns serviços de saúde. A assistência psiquiátrica foi um capítulo à parte na macropolítica de saúde uma vez que o imbróglio do financiamento da prestação do serviço havia sido resolvido desde o Decreto-Lei 8.550/46. Além de estabelecer os parâmetros do acordo para construir e instalar os hospitais e serviços psiquiátricos em âmbito estadual, o inciso IV do Art. 2º dessa normativa determinava que os custos financeiros para o funcionamento dos hospitais

deveriam ser de exclusiva responsabilidade do Estado. A definição da estatização da assistência psiquiátrica conferiu garantias orçamentárias por parte do Governo Federal, o que foi inequivocamente um diferencial.

A reorganização administrativa da política de saúde com a criação formal do Ministério da Saúde em 1953 representou um marco importante dado que a política de saúde passou a ter uma identidade própria com dotação orçamentária específica e agenda programática independente. A nova arquitetura organizacional permitiu redefinir prioridades e reduzir a pulverização das ações e programas governamentais. Com o novo arranjo, o Ministério da Saúde passou a ser responsável por todas as ações relacionadas à saúde pública, ou seja, ações de caráter coletivo (endemias rurais, programas de imunização, ações de saneamento básico, etc.). Na prática, o Ministério da Saúde estava majoritariamente dedicado às questões da vigilância sanitária. No que diz respeito à assistência à saúde, o Brasil adotou como modelo uma infraestrutura sanitária baseada no padrão estadunidense. A ‘política de saúde’ no Brasil se caracterizou pelo hospitalocentrismo com oferta de serviços instalados predominantemente nos grandes centros urbanos. Ao longo da década de 1950, os hospitais tornaram-se referência. A assistência médica individual de caráter curativo estava alocada no conjunto das ações relacionadas ao sistema de proteção social, isto é, vinculada à política de Previdência Social. A assistência médica, no geral, estava atrelada às relações de trabalho/emprego que, por sua vez, garantiam acesso ao sistema previdenciário. Os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), criados em 1933, instituições vocacionadas à garantia da proteção social dos trabalhadores regulamentados, passaram a oferecer assistência médica. Os IAP’s possuíam sua própria rede assistencial e garantiam exclusividade da cobertura para seus integrantes. Os IAP’s com maior capacidade orçamentária chegaram a possuir hospitais próprios.

A assistência médica era segmentada em três categorias de usuários: A) as pessoas que podiam pagar pelos serviços médicos poderiam encontrá-los na iniciativa privada nas clínicas e ambulatórios, geralmente encontrados nas principais cidades dos estados; B) as pessoas que tinham cobertura pelos IAP’s, necessariamente trabalhadores com atividades remuneradas, quase sempre sindicalizados [bancários, portuários e marítimos, industriários, comerciários, servidores públicos, etc.]; C) as pessoas que não tinham dinheiro nem direito à assistência à saúde. O terceiro grupo de cidadãos poderia recorrer eventualmente a alguns hospitais filantrópicos e Santas Casas.

Esse período foi marcado por um forte apelo nacional-desenvolvimentista, modernizador, expansionista em que ocorreu elevação das despesas públicas com políticas

sociais, mas ainda muito distantes do modelo de *welfare state* dos países desenvolvidos. O ciclo da história política do Brasil conhecido como ‘Quarta República’ teve início em 1946 - com presidente Eurico Gaspar Dutra- e foi finalizado em 1964 no golpe militar que destituiu do cargo o então presidente João Belchior Marques Goulart.

Com o golpe militar em 1964, instalou-se no Brasil um novo ciclo político, a ‘Quinta República’, caracterizada por governos autoritários, cassação de direitos políticos, restrição nas liberdades individuais, censura, burocratização do estado, centralização administrativa e financeira no âmbito do governo federal, estímulo à privatização da oferta dos serviços públicos, entre outros. No que diz respeito à política de saúde, os impactos foram profundos. De acordo com Escorel (2008, p. 389), na primeira década do governo autoritário-burocrático “configurou-se um sistema de atenção estatal à saúde, caracterizado pela predominância da lógica e do modelo de previdência social sobre o Ministério da Saúde”. Iniciou-se um ciclo de concentração de recursos financeiros no âmbito da política previdenciária que passou a concentrar também a oferta de serviços e ações em saúde. A medida administrativa do Governo Federal de maior repercussão nessa década foi a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 que culminou com a unificação das IAP’s, propiciando centralização administrativa e financeira das ações e finalidades do sistema de previdência social até então fragmentado. Com isso, ocorreu a uniformização dos benefícios prestados à população atendida, incluindo a padronização dos serviços de saúde. Essa medida visava induzir uma racionalização administrativa, inicialmente sem prejuízo da ampliação da oferta de assistência médica e da proteção previdenciária. Nesse período a Previdência Social tornou-se o maior financiador dos serviços de saúde. Apesar da ampliação da oferta para novos segmentos que passaram a integrar o grupo dos trabalhadores formalmente integrados ao sistema previdenciário, manteve-se a mesma dinâmica de segmentação na prestação da assistência em três grupos: a cobertura médico-assistencial para trabalhadores vinculados ao sistema da previdência social; a compra de serviços médicos diretamente dos prestadores privados; a oferta de saúde pública vinculada a campanhas e ações específicas como programa materno-infantil, programa de tuberculose, programa de combate à hanseníase, entre outros.

Oliveira e Teixeira (1986, apud ESCOREL, 2008, p. 390) apontaram cinco características da política de saúde nesse período: 1) ampliação da cobertura da previdência para abranger um maior número de trabalhadores urbanos, já que os trabalhadores rurais tinham um sistema previdenciário diferenciado; 2) priorização das práticas médicas de caráter individual, assistencialista, centrada nas especialidades em detrimento da lógica da

saúde pública, da prevenção e das ações coletivas; 3) fomento ao complexo médico-industrial para as grandes empresas produtoras de fármacos e insumos alinhadas às prioridades sanitárias eleitas; 4) constituição de um modelo privado para as atividades médicas orientado pelo lucro onde o Estado funcionava como mero regulador da oferta e como principal comprador de serviços; 5) sedimentação de práticas moldadas pelos propósitos capitalistas com segmentação da oferta de atendimento, diferenciando os ‘clientes’ de acordo com sua condição de entrada, ou seja, clientes que pagavam pelo serviço e clientes vinculados às políticas públicas.

Até 1964 os IAP’s prestavam assistência médica em serviços próprios organizada em pequenos complexos assistenciais com hospitais, ambulatórios e consultórios de especialidades. A partir de 1966, com a criação do INPS, com a alegação da incapacidade da ampliação da oferta na rede própria, priorizou-se a contratação de serviços prestados pela iniciativa privada. O INPS tornou-se o maior comprador de serviços médicos privados. Esse fenômeno pode ser observado na análise da oferta de leitos no Brasil. Para Escorel (2008, p. 391), “em 1960, 62% do total de leitos no país eram privados, dos quais 20% pertenciam aos subsetores lucrativos; em 1975, 68% dos leitos eram privados, dos quais 45% dos subsetores lucrativos”.

Esse novo espírito de época, marcado pela tríade especialismo, privatismo, hospitalocentrismo, repercutiu decisivamente nos rumos da política de saúde mental. Ao passo em que o Ministério da Saúde –responsável pela saúde pública- perdeu força financeira e prestígio, a política de previdência social passou a estabelecer o norte da política de assistência em saúde. De acordo com Paulin e Turato (2004, p. 247), “os hospitais psiquiátricos particulares ampliaram-se para estabelecer convênios com a Previdência Social, tornando assim os hospitais públicos cada vez menos significativos em termos de atendimento”.

O Plano Nacional de Saúde de 1968, no bojo das reformas administrativas em curso na ocasião, pretendeu vender todos os hospitais públicos para a iniciativa privada. Mesmo não obtendo êxito nesse intuito, a privatização do sistema de saúde tornou-se a tônica desse período por meio da contratação/compra dos serviços hospitalares privados. Como consequência disso, rapidamente se viu um crescimento substancial no número de leitos psiquiátricos conveniados com a iniciativa privada, o que impulsionou a criação de hospitais psiquiátricos em todo o país. De acordo com Cerqueira (1984, p. 104), no triênio 1965/1968 verificou-se um aumento de 20% no total da população hospitalar internada nos hospitais psiquiátricos dos quais a rede particular representava 60% desse crescimento.

Houve aumento de 51% no quantitativo de primeira admissão e de 48% nas readmissões, além do aumento de 45% de leitos da modalidade ‘leito-chão’. Entre 1965 e 1969, foram cadastrados 57 novos hospitais psiquiátricos, um crescimento expressivo para a ocasião. Para Cerqueira (idem, ibidem), nesse período o hospital psiquiátrico era praticamente sinônimo de ‘Previdência Social’. Esse autor critica a indústria que se formou em torno da loucura e o ímpeto financeiro com afã exclusivamente empresarial que esvaziou a oferta de serviços extra-hospitalares e práticas comunitárias. Note-se que isso ocorreu justo no momento em que vários países do mundo já adotavam práticas não hospitalares. Por um lado, a introdução dos fármacos como recurso terapêutico diminuiu a demanda por internamento em alguns países, por outro lado, as redefinições nas linhas guias das políticas de saúde mental como, por exemplo, a ‘psiquiatria comunitária’ com o *Community Mental Health Center Act*, em voga desde 1963 nos EUA, apontavam para a necessidade de desinstitucionalização.

Para Tenório (2002, p. 34), o ciclo de governos militares consolidou a combinação entre internamento psiquiátrico e a privatização da assistência. O **gráfico 1** acima permite verificar o expressivo salto na quantidade desses novos hospitais especializados em psiquiatria entre 1961 e 1971. Essa foi uma tendência que se manteve entre as décadas de 1970 e 1980 quando ocorreu o pico da curva de crescimento de hospitais psiquiátricos que chegou a 430 unidades com cerca de 105.000 leitos disponíveis. Esse processo manteve um padrão de expansão da oferta de serviços hospitalares e ambulatoriais pagos com recursos públicos, mas comprados dos prestadores privados. Cerqueira (1984, p. 170) avaliou a relação entre o aumento do acesso aos serviços ambulatoriais e o aumento do volume de internamentos ao longo da década de 1970 de onde se buscou um “indicador de eficácia do sistema hospital/ambulatorio”. No quinquênio entre 1971 e 1975 houve um crescimento significativo no número de consultas ambulatoriais na ordem de 75%. Esse estudo de Cerqueira demonstra uma forte correlação entre aumento de consultas ambulatoriais e aumento do número de internamentos. Nesse mesmo intervalo de tempo, o aumento dos internamentos foi de 77% em 1975; para cada 8,42 consultas ambulatoriais havia 1 [um] internamento (idem, p. 175). Esse autor considerou que, no período em questão, cerca de 10.000 leitos estavam sendo usados de modo desnecessário cuja causa estava ligada à precariedade dos ambulatorios, ausência de emergências psiquiátricas e de um sistema de regulação das internações. Concluiu-se que “o hospital estava muito doente, praticamente ditando uma política de mais leitos, rebelando-se contra práticas extra-hospitalares, vendo nelas um perigo para sua sobrevivência, talvez” (idem, p. 186). Em

1979 havia 276 hospitais contratados pelo então Instituto Nacional Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (idem, p. 229). Para Paulin e Turato (2004, p.247) “os empresários do setor privado viam na psiquiatria uma área de serviço de fácil montagem, sem necessidade de tecnologia sofisticada ou pessoal qualificado”, esse fator estimulou a expansão empresarial no setor da assistência psiquiátrica.

De acordo com Escorel (2008, p. 388), o conjunto das reformas (administrativa, fiscal, etc.) feitas com a pretensa modernização do Estado brasileiro tinham por objetivo principal favorecer a acumulação capitalista. Tratava-se de projetos orquestrados pela burguesia nacional. No caso especial da política de saúde e da psiquiatria, há um acontecimento de grande relevância. Em 1967 o presidente General Costa e Silva teve como ministro da saúde o médico Leonel Tavares de Miranda e Albuquerque. Sob seu comando, o Ministério da Saúde apresentou a mais aguda tentativa de privatização da saúde com a proposta do “Plano Nacional de Saúde” que, por sua vez, pretendia transformar o Estado em mero comprador de serviços de saúde. O projeto como um todo nunca foi adiante, mas logrou êxito na psiquiatria. Leonel Miranda era psiquiatra, então proprietário da Casa de Saúde Dr. Eiras e da Comunidade Terapêutica de Paracambi. A Casa de Saúde Dr. Eiras foi o primeiro estabelecimento hospitalar [Casa de Saúde] do Rio de Janeiro com personalidade jurídica privada, em funcionamento desde 1843. Essa instituição, inicialmente destinada à clínica médica geral, foi aos poucos abrindo espaços para internamento de pessoas com diagnóstico de loucura ainda no final do século XIX. Tornou-se uma das principais referências em internamento psiquiátrico, tendo sido o maior hospital psiquiátrico privado da América Latina. Em 1963, Leonel Miranda abriu uma filial no município de Paracambi, também no Rio de Janeiro, com 2.550 leitos, movimentando um volume de dinheiro que chegou a representar 35% do Produto Interno Bruto daquele município (GULJOR, 2013, p. 148). O apreço pelo setor empresarial e a ideologia privatista passam a fazer parte dos rumos do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, da condução da política de assistência psiquiátrica, ainda que a maior parte dos recursos financeiros fossem oriundos do INPS. Em 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) já era o segundo maior orçamento do Governo Federal, ficando atrás somente do orçamento da própria União (SCOREL, 2008, p. 402). Nesse cenário a compra de leitos em hospitais psiquiátricos passou a ter maior estabilidade. O Plano Nacional de Saúde não chegou a ser implementado por conta da grande resistência que enfrentou por parte da população e do próprio INPS. De acordo com Paulin e Turato (2008, p. 148), “estes se opunham à entrega total de recursos estatais para as mãos da

iniciativa privada. Apesar disso, o Plano Nacional de Saúde tornou-se o embrião de propostas futuras, demonstrando até onde a iniciativa privada pretendia chegar”.

Em junho de 1972 o médico Mário Machado de Lemos assumiu o cargo de ministro da saúde do presidente Emílio Garrastazu Médici. Machado de Lemos havia sido secretário da saúde de São Paulo. Em 07 janeiro de 1971, quando ainda secretário estadual, criou um ‘Grupo Assessor da Pasta da Saúde para implantação da política de assistência ao doente mental no Estado de São Paulo’ cujo trabalho decorreu de um relatório em que se considerava ser impossível manter a orientação da assistência aos doentes mentais com afastamento familiar e comunitário, com internações prolongadas e desnecessárias, com superlotação e uso abusivo dos leitos dos hospitais psiquiátricos, com desvantagem para reintegração social e econômica dos doentes. Verifica-se aí uma linha de disputa com a orientação do Governo Federal iniciada com o ciclo de governos militares em 1964.

Na década de 1970, o Brasil passou a integrar uma cooperação internacional que visava transformar a política de saúde dos países latino-americanos. Havia um crescente movimento de adesão à tese da determinação social das doenças, o que acabou por produzir uma mudança de rumos da assistência em saúde. No final de 1972 ocorreu a III Reunião de Ministros de Saúde das Américas, em Santiago no Chile. Essa reunião, na qual o Brasil esteve presente, produziu o ‘II Plano Decenal de Saúde para as Américas’. Esse ‘plano’ apontou para a necessidade de expansão da cobertura dos serviços de saúde cuja perspectiva era fortalecer as práticas de medicina social e comunitária através da adoção da atenção básica como estruturador da assistência. Iniciou-se uma mudança de paradigma; ocorreu um gradual deslocamento de um modelo de assistência em saúde centrado no hospital e na individualização dos cuidados para um modelo de saúde capaz de considerar os determinantes sociais e a necessidade de introduzir práticas coletivas como fundamento. Em outubro de 1972, Mário Machado firmou acordo com a Organização Panamericana de Saúde para execução de um “Programa de Saúde Mental no Brasil” comprometido com o desenvolvimento de medidas que evitassem a hospitalização integral, buscando ainda a criação de programas de assistência em saúde mental com caráter comunitário, com diversificação de serviços e garantia da reabilitação social dos pacientes psiquiátricos. De acordo com Cerqueira (1984, p. 91), esse documento foi simultaneamente apresentado na reunião dos ministros da saúde em Santiago e no II Congresso Brasileiro de Psiquiatria. O “Programa” deveria ser vigente até dezembro de 1974. O MPAS publicou um “*Manual de Serviços de Assistência Psiquiátrica*” em 1973. No ano seguinte, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 32/1974. Os dois documentos oficiais se orientavam pelo paradigma

preventivista em saúde (prevenção primária, secundária e terciária), servindo como guia para a prática da psiquiatria comunitária. Em seu corpo, o “Manual” tinha como norte a diversificação da oferta de serviços priorizando as ações de cunho extra-hospitalar (ambulatório, emergência psiquiátrica, leitos de semi-internamento dia ou noite, pensão protegida). No que diz respeito à assistência hospitalar, havia orientações para as enfermarias psiquiátricas em hospital geral (idem, p. 224).

De acordo com Paulin e Turato (2004, p. 251), o “Manual” foi considerado um fato histórico relevante para a assistência psiquiátrica pela ousadia e inovação, mesmo havendo lacunas e fragilidades no que diz respeito a temas específicos como gestão de pessoas e recursos financeiros. Em que pese a relevância dos dois documentos, Cerqueira (1984, p. 47) afirma que eles foram os dois últimos textos oficiais a abordarem a temática da prevenção em psiquiatria. As questões relacionadas ao tratamento na comunidade também desapareceram nos documentos subsequentes. Iniciou-se uma forte resistência das empresas de saúde que passaram a fazer pressão para esvaziar a diretriz em curso e desmontar as novas orientações políticas. Esse autor considera que ocorreu uma “sabotagem” que transformou os documentos em “letras mortas” (idem, ibidem). Para Paulin e Turato (2004, p. 251), os empresários do ramo da psiquiatria consideravam o hospital a principal referência assistencial; logo, “mais que ideológica, a questão econômica pautava esse tipo de argumentação, pois a viabilização de serviços extra-hospitalares poderia funcionar como ‘filtros administrativos’ para as internações asilares, gerando diminuição do faturamento”. Segundo Cerqueira (1984, p. 47), o aniquilamento da tentativa de modernização da assistência psiquiátrica foi selado com a Lei Federal 6.229 de 1975, que criou o Sistema Nacional de Saúde que, na análise desse autor, deixou o Ministério da Saúde a reboque do Ministério da Previdência, submetendo o Governo aos interesses do mercado. Essa tese é corroborada por Escorel (2008, p. 405) constatar que o Ministério da Saúde ficou limitado a um papel secundário, criando uma conjuntura desfavorável para a política setorial de saúde devido à manutenção da força hegemônica dos interesses mercantis dos empresários da saúde.

Em 1974 o Brasil passou a ter como presidente o General Ernesto Beckmann Geisel. Nesse período, as bases políticas do ciclo ditatorial mostravam sinais de enfraquecimento com importantes revezes nas eleições municipais no mesmo ano, o que fragilizava a sustentação do regime autoritário e apontava para necessidade de maior abertura política no país. Escorel (2008, p. 397) reconhece que, no segundo quinquênio dessa década, se iniciou a distensão do regime autoritário com abrandamento da censura e

criação de uma agenda política com destaque para as áreas sociais no planejamento do governo. Para tanto, o Governo Federal construiu o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), publicado em setembro de 1974. O II PND, inicialmente concebido com propósito de retomada do ritmo de crescimento econômico da década anterior, introduziu uma agenda social inédita no ciclo de governos militares. A política social passou a ter objetivo próprio, buscando uma convergência entre desenvolvimento social e desenvolvimento econômico. Escorel (idem, p. 401) afirmou que o destaque foi dado para as áreas de educação e saúde, particularmente para a assistência médica e previdenciária. A portaria 39 de setembro de 1974 criou o Plano de Pronta Ação (PPA) como parte das reformas administrativas desencadeadas no II PND. Por sua vez, o PPA foi criado para desburocratizar e universalizar a assistência médica dos trabalhadores e seus segurados, principalmente a assistência nos casos de emergência médica, onde também se localizava boa parte da demanda da assistência psiquiátrica. Isso permitiu ao INPS contratualizar tanto com serviços públicos quanto com serviços da iniciativa privada. Escorel (idem, p. 403) ressaltou que essas medidas induziram o crescimento da oferta de serviços ambulatoriais, mas o modelo continuava sendo privatizante. Ao final do ciclo de cinco anos o INPS reconheceu ter autorizado milhares de internações e procedimentos desnecessários. Essa autora (idem, ibidem) afirmou que o PPA “foi amplamente usado para enriquecimento ilícito das empresas médicas”. Tal constatação coincide com a afirmação de Paulin e Turato (2004, p. 252) para quem o ‘Plano’ “trouxe uma perda de controle por parte da Previdência, levando a significativas fraudes das contas hospitalares”.

Em 1977, por meio da Lei 6.439, o Governo Federal cria o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Tratava-se de uma autarquia federal vinculada ao Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Esse novo arranjo organizacional pretendeu especializar e integralizar algumas das diferentes atividades e instituições ligadas ao sistema previdenciário. Com isso, o INAMPS recebeu as funções de assistência médica anteriormente sob a responsabilidade do INPS. A gestão financeira ficou a cargo do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS). Após esse desmembramento de encargos administrativos, o INPS passou a ser responsável pela concessão de benefícios previdenciários. O INAMPS manteve a tradição da partilha dos recursos financeiros que historicamente ficaram alocados nas grandes cidades onde se concentrava uma maior e melhor estrutura assistencial. Além disso, o novo Instituto nada alterou na tradição privatista. Ao final de 1979, segundo Cerqueira (1984, p. 236), o INAMPS tinha um quantitativo de

aproximadamente 45.000 leitos psiquiátricos em sua conta mensal, considerando somente as clínicas psiquiátricas privadas. Na segunda metade da década de 1970, o país já experimentava o encerramento do ciclo de alta taxa de crescimento econômico; mesmo assim, a relação com o mercado de serviços de saúde manteve-se inalterado. Cerqueira (idem, ibidem) considerou que a relação de “displícência e fraqueza” do Governo Federal frente às casas de saúde lucrativas era uma forma de beneficiá-las, o que poderia culminar com a saturação do próprio sistema. Paulin e Turato (2004, p. 253) afirmaram que, apenas dois anos após a implantação do PPA, por volta de 1977, a intensificação da produção e compra de serviços assistências, não necessariamente racionais ou necessários, como também apontado por Cerqueira acima, produziu a insolvência da Previdência Social como consequência do estrangulamento dos recursos financeiros, previsão também feita por Cerqueira (1984, p. 236) quando ironizou a morte da “galinha dos ovos de ouro”.

Esse cenário iniciado no começo da década estendendo-se até 1978 revelou três aspectos: 1) as tentativas de mudanças dentro da formalidade institucional não alteraram a relevância do hospital psiquiátrico na cultura assistencial em saúde mental, muito diferente do que já estava acontecendo em países como EUA e Itália, ou seja, as reformas buscadas se limitavam a rearranjos organizacionais e administrativos, o que não anula a importância dos esforços empreendidos por algumas experiências como as defendidas pelos praticantes da psiquiatria social e comunitária como Luiz Cerqueira e Ulisses Pernambucano; 2) nesse particular, a força da burguesia brasileira tinha uma face diferente daquela apresentada por Foucault e Castel anteriormente. Aqui o ímpeto em defesa do manicômio ocorria por uma razão econômica, o desejo burguês estava orientado pela busca de vantagens financeiras, algo muito além da busca de “manutenção da ordem social”, se bem que essas duas questões nunca estiveram dissociadas. Os hospitais psiquiátricos passaram a compor o que Cerqueira (1984) denominou de “indústria da loucura” com benefícios multilaterais: os governantes ganharam apoio dos mercadores que, por sua vez, tiveram retorno material objetivo. Em que pesem os acordos internacionais e os documentos oficiais, até então a reforma psiquiátrica no Brasil não passava de um conjunto de ensaios, o que também não pode ser desprezado exatamente porque, a partir dessas tentativas e erros, o movimento reformista do final da década de 1970 passou a ter um parâmetro sobre os novos rumos a serem adotados; 3) no caso particular do Brasil, uma indefinição política posicionava a assistência psiquiátrica num ‘cabo de guerra’ em que, de um lado, estava a política de saúde e, no outro lado, estava a política de previdência social.

Em 1977 aconteceu a VI Conferência Nacional de Saúde onde foi lançado pelo Ministério da Saúde o *Plano Integrado de Saúde Mental* (PISAM). Outra vez o Ministério da Saúde buscou protagonizar a assistência psiquiátrica e outra vez se buscou a restauração dos postulados da psiquiatria comunitária que haviam sido absolutamente desprezados pela política do MPAS. O '*Plano*' pretendeu abranger o triênio seguinte. A meta era a criação de outro modelo assistencial com oferta de serviços predominantemente ambulatoriais, com prioridade para as cidades com porte populacional superior a 50.000 habitantes. Preconizava-se a qualificação dos profissionais de saúde para o atendimento dos quadros de transtorno mental em nível de atenção primária nos centros de saúde. O PISAM não previa modalidades de cuidado para os egressos das internações em hospitais psiquiátricos, nem mesmo para os quadros crônicos que demandavam uma abordagem especial. Embora tenha obtido um relativo sucesso nas regiões Norte e Nordeste, não foi adiante. O '*Plano*' foi duramente criticado pelo setor privado que insistia em neutralizar qualquer tentativa de diminuir o espaço da assistência hospitalar (PAULIN & TURATO, 2004, p. 253).

Na segunda metade da década de 1970, avolumaram-se críticas ao modelo adotado até então. As críticas atingiam o regime político adotado pelo Estado brasileiro, numa perspectiva macroanalítica, mas também foram dirigidas ao modelo de assistência psiquiátrica em seus vários arranjos e fundamentos. No que diz respeito ao regime político em vigência, as críticas destinaram-se ao combate ao autoritarismo dominante no Brasil desde o golpe militar de 1964, intensificado com o Ato Institucional Nº 5 (AI-5) de 1968 que cassou direitos políticos, fechou o Congresso Nacional, impôs a censura prévia à imprensa e às expressões artísticas, suspendeu o habeas corpus para crimes considerados políticos, induziu o exílio político de notórios divergentes do governo, etc. Escorel (2008, p. 397) afirmou que desde 1974 foi iniciado um período de "distensão do regime autoritário" com pequenos sinais de abertura política num vagaroso processo de retomada de espaços democráticos ou, em outros termos, uma democracia apenas parcial.

Em 1976, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), um importante ator coletivo que passou a preconizar a luta pela democratização da saúde e da sociedade brasileira. Iniciou-se a articulação do 'movimento sanitário brasileiro, com forte influência do movimento da reforma sanitária italiana. Num cenário de disputas, ganhava corpo a construção de um projeto de saúde pública de enfrentamento de grandes dilemas brasileiros: desigualdades sociais, fragmentação da política de saúde, mercantilização da saúde, hegemonia hospitalocêntrica, baixa densidade democrática na vida social e nos serviços de saúde. De acordo com Paim (1997, p. 11), "o movimento pela democratização

da saúde que tomou corpo no Brasil durante a segunda metade da década de setenta possibilitou a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira [...]”. Esse movimento rompeu com uma concepção de saúde organicista-naturalista, desgarrada de qualquer consideração sobre determinantes sociais como base das condições de saúde e doença. Nesse momento se originou o “paradigma sanitário”, conforme denominado por Paim (idem, p. 12), ou, como afirmou Nunes (2012, p. 19), ocorreu a institucionalização do paradigma da “saúde coletiva”. Para Escorel (2008, p. 407), a denominação de ‘movimento sanitário’ corresponde à articulação do conjunto de profissionais de saúde e de outras pessoas vinculadas ao campo da saúde que partilham os princípios da medicina-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio da ação prática no campo político, produzem incidência no setor da saúde brasileira em prol de melhorar as condições de saúde e de atenção à saúde como extensão direta do direito de cidadania. A partir de então, dois temas passaram a orientar os rumos do movimento sanitário brasileiro que, por sua vez, buscava formar uma “consciência sanitária”, são eles: a luta pela (re)democratização do país e da política de saúde, bem como a luta contra a privatização da assistência a saúde. O movimento da reforma sanitária brasileira passou a incidir de modo contundente em relação à dinâmica e à organização da política do setor saúde. Entre os principais alvos da crítica destacaram-se: a) crítica ao Estado autoritário, centralizador, burocrático, privatista; b) críticas às fraudes no sistema de financiamento da assistência à saúde, principalmente as operações financeiras vinculadas aos serviços do INPS/INAMPS; c) críticas à ineficiência da assistência em saúde, baixa cobertura, serviços precários, ausência de uma agenda social na política de saúde, etc. No que diz respeito à política de assistência psiquiátrica, avolumam-se as críticas aos maus tratos e à violência, práticas recorrentes no interior dos hospitais psiquiátricos. Nos dois últimos anos daquela década, foi iniciada uma nova fase do regime autoritário-burocrático da política nacional; em outubro de 1978 o Presidente da República promulgou a Emenda Constitucional nº 11 que revogou todos os Atos Institucionais (AI) e similares que contrariavam a Constituição Federal em vigência. Com isso, os efeitos do AI-5 foram suspensos.

O ano de 1978 foi marcado por um conjunto de acontecimentos sociais e políticos de grande relevância no debate sobre saúde mental no mundo e no Brasil. Em âmbito internacional esse foi o ano da aprovação da Lei 180 na Itália que, como dito anteriormente, produziu uma transformação radical na política de saúde mental daquele país. Em âmbito nacional surgiram os acontecimentos embrionários de um movimento pela reforma psiquiátrica brasileira que, a partir da inspiração italiana, diferente das tentativas

reformistas anteriores, buscou romper com o paradigma hospitalocêntrico-asilar. Amarante (1995, p. 51) compreendeu que o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil teve início no interstício entre 1978 e 1980. Amarante (idem, ibidem) e Tenório (2002, p. 32) consideraram que o marco desse processo foi a crise desencadeada na Divisão Nacional de Saúde Mental (DISAM), órgão do Ministério da Saúde responsável pela política de saúde mental, quando um grupo de profissionais das unidades do Rio de Janeiro deflagraram greve em abril de 1978. A DISAM operava em condições precárias em termos de relações de trabalho, seus profissionais eram contratados como bolsistas, sem qualquer amparo trabalhista. Havia reiteradas denúncias de agressões, violência, mortes não esclarecidas no interior dos serviços, práticas idênticas ao trabalho escravo e um conjunto de vilipêndios em relação aos internos. De acordo com Amarante (1995, p. 52), após registro de denúncia formal realizada por alguns médicos do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPP-II), os desvios ganharam visibilidade pública expondo a dramática situação da assistência prestada.

Delgado (2014, p. 12) apresentou um conjunto de outras práticas típicas do modelo manicomial que passaram a ser denunciadas de uma forma geral, tais como: isolamento por longos períodos, celas-fortes no interior dos hospitais, sedação química com doses em excesso, mortes por causas evitáveis (tais como infecções gástricas dos internos, subnutrição, violência). A repercussão das denúncias ocorrida no CPP-II mobilizou profissionais das demais unidades vinculadas à DISAM e ganhou adesão de instituições externas tal como o Movimento de Renovação Médica (REME) e do CEBES. Desse modo, eclodiu o Movimento Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), ator coletivo fundamental para a formulação de um projeto de reforma psiquiátrica no Brasil. Para Amarante (idem, ibidem), o MTSM nasceu com a finalidade de construir “[...] um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento das propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores de saúde [...]”. O movimento passou a construir uma agenda que estava além das demandas trabalhistas -como salários e direitos trabalhistas- de modo a contemplar questões como o modelo assistencial em vigência e as condições em que a assistência em saúde estava sendo prestada. As críticas gestadas no subsetor ‘saúde mental’ tornam-se amplamente articuladas aos debates mais amplos desencadeados por outras instituições, a exemplo dos debates do CEBES, Sindicato dos Médicos, entre outros. A Reforma Psiquiátrica Brasileira é contemporânea do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Para Pitta (2011, p. 4582), os dois movimentos “[...] conviveram e se alimentaram da mesma efervescência político-participativa e democratizante da época”. A

Reforma Sanitária corresponde a um movimento de alcance mais amplo que norteou os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), materializado no final da década de 1990. Contudo, para Delgado (2014, p. 11), “há que se considerar, respeitando suas especificidades, que ambas se constituíram como movimentos sociais ligados à luta por direitos e cidadania no que tange à política de saúde do país”.

Em outubro de 1978, ocorreu em Camboriú, Santa Catarina, o *V Congresso Brasileiro de Psiquiatria*, oportunidade de aglutinação de força política e intensificação da mobilização social em prol da mudança da assistência psiquiátrica no Brasil. Segundo Amarante (idem, p. 53), esse congresso ficou conhecido como o “congresso da abertura”. Em outubro do mesmo ano aconteceu no Rio de Janeiro o *I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições*, evento que trouxe para o Brasil alguns dos principais articuladores da Rede de Alternativas à Psiquiatria bem como os formuladores da Psiquiatria Democrática italiana, da Antipsiquiatria e de várias outras vozes da crítica à psiquiatria. No conjunto dos convidados, estiveram presentes: Robert Castel, Franco Basaglia, Erwing Goffman, entre outros. No cenário internacional aconteceu em Alma-Ata a *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde* que indicou como princípios: a saúde como um direito humano fundamental; o Estado como formulador, ordenador, financiador de políticas de saúde, entendidas como redutoras das desigualdades sociais; a Atenção Primária em saúde como a organizadora dos sistemas locais de saúde. O relatório dessa *Conferência* em formato de ‘Declaração’ foi adotado como norteador da reorganização dos sistemas nacionais de saúde; nesse reordenamento, a ‘atenção primária’ em saúde ganhou destaque e gradativamente passou a ser considerada a ordenadora prioritária da assistência em saúde, produzindo como consequência um declínio do modelo hospitalocêntrico. A *Declaração de Alma-Ata*, embora não indique explicitamente uma antítese ao modelo hospitalocêntrico consolidado, reconhece os cuidados primários como “parte integrante do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal”. O centro da política de saúde é deslocado da primazia do hospital para as ações de prevenção de riscos e agravos e a promoção à saúde. Essa mudança no paradigma assistencial tornou-se referência também para a assistência em saúde mental.

A partir de março 1979, a presidência da República foi assumida pelo General João Batista Figueiredo. No campo da política nacional o ano foi marcado pela anistia política, mesmo que ainda de modo parcial. Intensificou-se a crise social caracterizada pela enorme concentração de renda, inflação galopante, arrocho salarial, crises no sistema previdenciário brasileiro, endividamento público, entre outros. No campo da saúde mental,

aconteceram importantes eventos. Em janeiro daquele ano ocorreu o *I Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental* em São Paulo (AMARANTE, 1995; DELGADO, 2014), onde se organizou a primeira articulação de jovens trabalhadores do campo da saúde mental de alguns estados (Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Bahia). Em novembro daquele ano ocorreu em Belo Horizonte, Minas Gerais, o *III Congresso Mineiro de Psiquiatria*, novamente com a presença de Franco Basaglia, Robert Castel, entre outros. Para Pitta (2011, p. 4583), a década de 1970 ficou conhecida como “os anos da denúncia”, situação em que os militantes do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) desencadearam uma luta política quase que clandestina em função da política repressiva característica da ditadura militar em vigência no Brasil. Para essa autora, os espaços de construção da RPB foram sendo encontrados de modo subterrâneo, onde era possível disputá-los: congressos, encontros profissionais, sindicatos, associações, etc. Amarante (1995, p. 87) reitera a tese do nascimento do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil no final da década de 1970, uma vez que, “nessa época, começa a se delinear um projeto tal que se inscreve nessa conjuntura histórica, com características conceituais distintas de outros projetos de transformação a ele anteriores ou contemporâneos”. Cabe considerar que os disparadores das reformas psiquiátricas ao longo da história também estiveram ligados a acontecimentos sociais de grande relevância, tais como o alienismo pineliano concomitante à Revolução Francesa; a ‘modernização’ da assistência psiquiátrica com a inauguração do Asilo Pedro II durante a transição do poder imperial no Brasil no século XIX; as transformações da assistência psiquiátrica no Brasil na transição do Império para a República. Com a RPB, iniciada na década de 1970, não foi diferente; o desejo de redemocratização do país e de reconquista da cidadania plena passou a ser o espírito de época que nutriu a luta pela mudança na assistência psiquiátrica.

A década de 1980 foi marcada pela intensificação das crises estruturais que vinham sendo sinalizadas desde a década anterior. Esse período foi impactado pelas sucessivas crises econômicas ano após ano, pelo crescimento negativo do Produto Interno Bruto (PIB), aumento das taxas de desemprego, pela inflação de 200% no ano de 1983, pela erosão e colapso financeiro do sistema previdenciário. Além da explosão do crescimento populacional em mais de 20% em uma só década, a partir de 1980 ocorreu um aumento exponencial da população urbana e um decréscimo significativo da população rural no Brasil. Vinte anos antes, a população brasileira era de 70.992.343<sup>14</sup> de habitantes dos quais

---

<sup>14</sup> Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8>

os residentes na zona rural representavam 55% do total. Na década de 1980, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que a população chegou a 121.150.573 de habitantes dos quais 67,7% eram residentes na zona urbana, ou seja, 2/3 da população passou a residir nas cidades. Essa mudança impactou as condições de vida nas cidades produzindo significativas repercussões em vários setores: no precário sistema de saúde, no sistema previdenciário, na arquitetura das cidades, etc. No cenário da política nacional, ao longo da década, ocorreu abrandamento da ditadura com alguns mecanismos de abertura para a democracia. Em 1985 ocorreu a eleição indireta para escolha do presidente da república que passou a ser um ‘civil’, vinte e um anos após o início do golpe militar.

No campo das políticas de saúde, a década foi marcada pelo fortalecimento do controle social em saúde e bem como pela constituição de um sistema unificado para a assistência em saúde. Ocorreram duas importantes *Conferências Nacionais de Saúde (CNS)*, a 7ª e a 8ª, em 1980 e 1986, respectivamente. Em março de 1980, a 7ª CNS teve como tema central a “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”; o clima era de integração dos Ministérios da Saúde e Previdência com o propósito de articular as ações básicas de saúde. Desde a *Conferência de Alma-Ata* plantou-se o ideário do compromisso com o objetivo de “Saúde para Todos no ano 2000”, diretriz articulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Realizada em março de 1986, na efervescência da ‘transição democrática’, a 8ª CNS é considerada um divisor de águas para a política de saúde do país. Tendo como tema central “Saúde e Democracia”, a *Conferência* debateu três aspectos fundamentais para a reestruturação do sistema de saúde: 1) a saúde como dever do Estado e direito do cidadão; 2) a reformulação do Sistema Nacional de Saúde; 3) o financiamento setorial da política de saúde. As resoluções contidas no relatório final da *Conferência* foram estruturadas pela ‘Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), constituída para subsidiar a elaboração do novo texto constitucional que viria a ser aprovado em 1988.

Entre 1986 e 1987, ocorreram várias conferências específicas tais como: saúde do trabalhador, bucal, da mulher, do consumidor, recursos humanos, etc. Em junho de 1987 foi realizada, na cidade do Rio de Janeiro, a 1ª *Conferência Nacional de Saúde Mental (1ª CNSM)*. Os debates giraram em torno de três temas, quais sejam: 1) economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; 2) reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; 3) cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. Ao final, o relatório da 1ª CNSM agregou um anexo com uma “*Proposta*

*de Política de Saúde Mental da Nova República*”, construído desde 1985, o qual situava a “saúde mental como questão de saúde pública” e definia os onze “objetivos de ação em saúde mental”, dentre os quais: a) garantia da universalização e da equidade; b) promoção da articulação interinstitucional, ações individuais e coletivas; c) garantia de ações integradas de saúde para estancar o paralelismo da assistência; d) organização da regionalização e hierarquização do sistema de saúde, viabilizando otimização do sistema de referência e contra-referência; e) descentralização administrativa e assistencial entre os entes federados; f) priorização do setor público na oferta dos serviços; g) modificação do modelo assistencial para romper com o modelo hospitalocêntrico mediante a valorização das ações nos serviços extra-hospitalares e na rede básica de saúde, como também valorização das ações de reintegração social dos pacientes internados (CNS, 1988). Para Pitta (2011, p. 4581), os anos de 1980 representaram o tempo de “fazejamentos” (termo criado por David Capistrano), ou seja, os gestos embrionários amparados na inflexão comunitária motivaram o “surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em saúde mental” que passaram a se proliferar em várias regiões do país. Segundo Tenório (2002, p. 34), essa década assistiu três processos importantes para a reforma psiquiátrica brasileira: a ampliação dos atores sociais inseridos com o processo; o interesse amplo por modificações no arcabouço legal-normativo; por fim, o aparecimento de novas experiências institucionais de sucesso na vanguarda de novas formas de cuidar em saúde mental. Para Delgado (2014, p. 16), essa década correspondeu à segunda fase da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) caracterizada pelos primeiros esforços dirigidos para a desinstitucionalização e a construção de alternativas ao hospital psiquiátrico.

Além da 1ª CNSM, o ano de 1987 também foi marcado pela realização do II *Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental*, em novembro, na cidade de Bauru, em São Paulo. O encontro foi organizado pelo MTSM que, para Delgado (idem, ibidem), foi o principal ator coletivo daquela década no campo da saúde mental. O encontro teve participação de trabalhadores, usuários, familiares, acadêmicos, etc. Ao final, foram estabelecidas as direções políticas e estratégias que guiaram os rumos do movimento da RPB. Vários autores consideram que a 1ª CNSM marcou uma ruptura na trajetória sanitarista do movimento da RPB. O movimento sanitarista se inclinou para uma reforma setorial do sistema de saúde sem incidir no cerne da questão das relações de poder, da produção de subjetividades, das mudanças nas reais condições de vida dos sujeitos, algo para além da oferta de serviços e da produção de números de procedimentos realizados.

Para Tenório (2002, p. 35), essa ruptura “estabelece um novo horizonte de ação: não apenas as macrorreformas, mas a preocupação com o ‘ato de saúde’ [...], não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades”. Para Amarante (1995, p. 93), o começo da via institucional do movimento sanitarista foi uma tentativa “[...] de continuar fazendo reformas, sem trabalhar o âmago da questão, sem desconstruir o paradigma psiquiátrico, sem reconstruir novas formas de atenção, de cuidados, [...] sem reconstruir novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades”.

Dada a ruptura com a perspectiva sanitarista no Brasil, a partir da inspiração da ‘Rede de Alternativas à Psiquiatria’, o movimento pela RPB adotou o lema “*por uma sociedade sem manicômio*” como demarcador da identidade dessa nova tentativa de produzir mudanças na assistência psiquiátrica brasileira. Surgiu no circuito das lutas sociais organizadas pela mudança no campo da saúde um “Movimento Nacional de Luta Antimanicomial” (MNLA). Pitta (2014, p. 4585) nomeia de “Movimento da Reforma Psiquiátrica” uma organização social mais ampla que incorporou a militância da luta antimanicomial e suas dissidências, mas agregou também outros atores não orgânicos da militância do MNLA tais como gestores, corporações da área de saúde e saúde mental, aparelhos formadores e universidades, sociedade civil, etc. No espírito do “fazejamento” e das inovações assistenciais, em março de 1987 foi inaugurado em São Paulo o Centro de Atenção Psicossocial “Luiz Rocha Cerqueira” que foi saudado como um marco “de um modo de cuidar que considera o sujeito em sofrimento como estruturante de uma ‘clínica ampliada’ que o articula no seu território e não o enclausura para tratá-lo” (PITTA, 2014, p. 4584). Tratava-se de um serviço gestado na Divisão de Ambulatório da Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria Estadual de São Paulo cuja finalidade era acolher egressos de internações psiquiátricas, mas também pretendia evitar internamentos psiquiátricos na medida em que oferecia assistência intensiva em tempo integral diurno para pessoas com quadro de transtorno mental. Configurava-se como um serviço não hospitalar imbuído da nova perspectiva ética e sanitária inspirado nos valores da RPB tendo como referência o modelo dos serviços comunitários italianos.

A partir da redemocratização ocorrida em 1985, surgiu a necessidade de revisão nos marcos legais do Estado brasileiro. Nesse período o Congresso Nacional deflagrou a revisão e a modernização integral do texto constitucional. Em 1988 foi promulgada a nova *Carta Magna* brasileira, considerada uma *Constituição* cidadã, que trouxe nos incisos II e III do artigo 1º, a cidadania e a dignidade humana como ‘princípios fundamentais’. No Capítulo II a saúde aparece como um dos ‘direitos sociais’. No Título VIII [Da Ordem

Social], a ‘Seção II’ designa as garantias constitucionais relacionadas à saúde; o artigo 196º define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). O Estado brasileiro assumiu integralmente a responsabilidade pela política de saúde em todas as suas variantes, incluindo a política de saúde mental.

Em 1989, ocorreu a intervenção na Casa de Saúde Anchieta na cidade de Santos em São Paulo. Essa instituição era um hospital privado conveniado com o INAMPS. A partir de várias denúncias de violência e tortura, abandono, mortes sem explicação, superlotação, ausência de projeto terapêutica, etc., a prefeitura de Santos interveio assumindo a direção da instituição. Produziu-se nesse espaço o primeiro acontecimento similar à experiência basagliana em que a reforma da assistência psiquiátrica foi iniciada com a desmontagem impetrada a partir do interior de um hospital psiquiátrico, como disse Rotelli (2014, p. 33), “desarticulando a solução institucional para desmontar (e remontar) o problema”. Nesse caso, a desinstitucionalização fez uso da energia interna da instituição, destinando-a para a desmontagem do próprio hospital e, conseqüentemente, criação de um amplo repertório de outras ofertas assistenciais.

Ainda no ano de 1989, o deputado federal constituinte Paulo Gabriel Godinho Delgado apresentou o projeto de lei nº 3.657/89, também inspirado na lei 180 da Itália, cuja pretensão era instituir uma legislação capaz de favorecer a RPB. O projeto versava sobre progressiva extinção dos manicômios bem como sua efetiva substituição por recursos assistenciais não-manicomiais; além disso, pretendia regulamentar a internação psiquiátrica de caráter compulsório. O texto do projeto de lei tinha de início apenas três artigos: o primeiro artigo tratava de impedir novas construções ou novas contratações de hospitais psiquiátricos; o segundo artigo preconizava a construção de uma nova planificação assistencial e a alocação dos recursos públicos para a criação de serviços não-manicomiais, garantida a diversificação da oferta e o caráter comunitário dos novos serviços; o terceiro artigo determinava a criação de um mecanismo de comunicação entre às autoridades judiciárias para monitorar os internamentos compulsórios. Na justificativa do projeto de lei, o propositor alegou a pretensão de “[...] melhorar -da única forma possível- o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos, doentes

mentais, não deixaram de ser cidadãos”<sup>15</sup>. O projeto tramitou no parlamento federal durante 12 anos, sendo aprovado apenas em 2001 depois de sofrer vários cortes e substitutivos.

A década de 1990 foi marcada por significativos acontecimentos sociais e políticos. Em março de 1990 Fernando Collor de Melo tomou posse como o primeiro presidente eleito pelo voto direto depois de um ciclo de vinte e seis anos de ausência de eleições presidenciais. Os cinco anos anteriores haviam sido marcados pela tímida transição democrática com um governo civil abalado por crises econômicas (período em que a inflação chegou a 2.751% ao ano), mudanças no sistema monetário nacional, corrupção endêmica, mas também caracterizado por esforços para criação de mecanismos de refreamento do resíduo autoritário do Estado brasileiro. No apagar das luzes do governo, o presidente José Sarney decretou a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, gerando uma nova configuração setorial, o que permitiu posteriormente a unificação da assistência médica e previdenciária levada a cabo pelo governo sucessor (ESCOREL, 2008, p. 432). As eleições ocorridas no ano de 1989 foram caracterizadas pelo confronto no segundo turno do pleito eleitoral entre uma agenda política progressista -que envolveu artistas, sindicatos, movimento camponês, movimentos sociais, etc.- representada pelo candidato derrotado, e uma agenda apoiada por grandes empresários, grandes meios de comunicação, latifundiários, banqueiros. Essa eleição reproduziu o antagonismo dos projetos de poder e demonstrou a força da burguesia nacional na definição dos rumos políticos do país. O projeto eleito retomou a agenda privatista e iniciou a implantação da doutrina neoliberal no Brasil. O governo Collor durou dois anos, tempo suficiente para produzir repercussões significativas como vendas de estatais, confisco da poupança bancária da população, etc.

Em setembro de 1990, ocorreu a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080, que instituiu o SUS, um dos grandes acontecimentos no capítulo dos ‘direitos sociais’ nas *Reformas do Estado* brasileiro, derivada das garantias constitucionais obtidas desde a Carta Magna de 1988. O SUS é um fruto da Reforma Sanitária Brasileira que teve origem com o movimento sanitarista iniciado em décadas anteriores, caracterizado como um conjunto de ações políticas gestadas pela população brasileira com vistas à promoção de novas políticas e de um novo modelo de organização dos serviços e das práticas de saúde. De acordo com Vasconcelos e Pasche (2012, p. 531), o SUS corresponde ao:

---

<sup>15</sup> Extrato da justificativa do projeto de lei nº 3.657/89. Acessado em 03/03/2020. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>

arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes dessa política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços ao sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim.

A institucionalização do SUS introduz um capítulo especial na política de saúde no Brasil. Parte de um compromisso do Estado brasileiro com a garantia do direito à saúde como prerrogativa universal para todo cidadão brasileiro, independente de vínculo laboral, renda, localização geográfica. Ao ser formalizado como política de Estado, o SUS passou a ser incorporado na estrutura institucional nas três esferas de gestão com uma coordenação e integração das competências, com novas definições sobre responsabilidade sanitária, com compartilhamento dos instrumentos de gestão e de decisão da política de saúde e, fundamentalmente, com financiamento minimamente assegurado no orçamento dos entes federativos cujos mecanismos foram instituídos pela Lei 8.142 de 1990.

No cenário internacional, em novembro de 1990 ocorreu em Caracas, Venezuela, a “*Conferência Regional de Caracas para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica nas Américas*”. O encontro foi promovido pela Organização Mundial da Saúde/ Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/OPAS). Tratou-se de uma ‘Oficina Sanitária Panamericana’ e de uma ‘Oficina Regional da OMS’; ambas vinculadas ao projeto de ‘Reestruturação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)’. A Conferência contou com a participação de representações do poder parlamentar e do poder executivo de países das três Américas. Os paramentos representados foram: Argentina, Brasil, Chile, Equador, México, Panamá, República Dominicana, Uruguai e Venezuela. Afora estes, alguns países enviaram delegações com técnicos da gestão da política de saúde, entre os quais: Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile, Curaçao, Equador, Estados Unidos da América, México, Nicarágua, Panamá, República Dominicana, Uruguai e Venezuela.

Além das representações estatais, várias instituições da sociedade civil também estiveram presentes, o que representou uma aliança entre Estado e sociedade civil em busca das reformas assistenciais para o continente americano; entre as instituições participantes, estiveram presentes a Associação Mundial de Psiquiatria, a Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial, a Associação Psiquiátrica da América Latina, entre outras. Ao final da Conferência produziu-se uma *declaração* com termos de compromisso entre os países participantes. O Brasil foi um dos signatários desse documento que se tornou importante para o balizamento da reorientação do modelo assistencial. A partir da

Declaração de Caracas, como ficou denominado o documento final, passou-se a considerar que “a atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva” (OMS/OPAS, 1990). Nesse documento verifica-se um conjunto de indicativos para uma nova planificação da assistência psiquiátrica na região. A Declaração enfatizou que “a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais”. Por fim, o documento considerou que a reestruturação da assistência era inevitável e exigiu uma “revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços” (idem, ibdem).

No clima ascendente de mudanças no cenário das políticas sociais, em 1992 o Ministério da Saúde do Brasil convocou a *2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2ª CNSM)* com um ciclo preparatório iniciado a partir as etapas municipais [150 encontros] e estaduais [24 encontros]. Esta Conferência reafirmou o compromisso político e epistemológico com os valores da RPB de caráter não asilar bem como assumiu o compromisso de priorizar a atenção psicossocial. A 2ª CNSM aprofundou as críticas ao modelo hegemônico até então. Foi um marcador histórico relevante uma vez que a partir dela foi possível esboçar um novo modelo de assistência para a política brasileira de saúde mental uma configuração bastante diferente do modelo hospitalocêntrico. O novo modelo pretendido preconizava a estruturação de uma rede de serviços baseados nos fundamentos da Reforma Sanitária Brasileira alicerçada pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde. Pitta (2011, p. 4586) caracterizou essa Conferência como uma experiência democrática, “[...] um marco histórico da reforma psiquiátrica brasileira com intensa participação dos segmentos sociais envolvidos onde já 20% dos delegados à conferência foram os usuários e familiares”. Tendo como tema “*A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil*”, a Conferência teve como marcos conceituais a ‘atenção integral em saúde’, a ‘cidadania’, a ‘democratização do estado’. No capítulo de ‘recomendações gerais’, o relatório recomendou:

adotar os conceitos de território e responsabilidade, como forma de dar à distritalização em saúde mental um caráter de ruptura com o modelo hospitalocêntrico, garantindo o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço em não abandoná-los à própria sorte. (BRASIL, 1994, p. 22)

O relatório dessa Conferência sugeriu a construção de um modelo de atenção em saúde com ênfase nas ações e serviços territoriais, baseados na corresponsabilidade do ato do cuidado entre serviços de saúde de diferentes níveis assistenciais como um meio para garantir o direito à assistência em saúde mental com base num conjunto de serviços não hospitalares. Verifica-se nesse texto uma nítida inclinação aos princípios da desinstitucionalização italiana. Em primeiro lugar, as formulações sugeriam o alargamento do objeto do cuidado, outrora centrado no diagnóstico da patologia, ao propor “mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico” (idem, p. 6); em segundo lugar, por recomendar um conjunto de mudanças para além dos temas sanitaristas clássicos (serviços, financiamento, vigilância, etc.). Desse modo o texto fez importantes apontamentos sobre temas como direitos civis e cidadania, direitos trabalhistas e direitos das pessoas que usam drogas.

Delgado (2014, p. 18) considerou que a década de 1990 correspondeu à terceira fase da RPB caracterizada pela “construção de uma política nacional de Saúde Mental”. As propostas que haviam brotado nos tensionamentos da sociedade civil gradualmente passam a ser acolhidas por diferentes instâncias do edifício do Estado brasileiro. Repercutem positiva e propositivamente no poder Legislativo, no poder Executivo e no poder Judiciário. De acordo com Delgado (idem, ibidem), “o Ministério da Saúde acolheu as sugestões do movimento social, e criou as primeiras regulamentações para serviços comunitários, chamados então de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS)”.

Para Tenório (2002, p. 40), a década de 1990 teve um balanço positivo; nela ocorreu o amadurecimento e a consolidação dos processos estruturantes da reorientação do modelo assistencial. Em novembro de 1991, a Secretaria Nacional de Assistência em Saúde, situada no arranjo organizacional do Ministério da Saúde, instituiu a portaria 189/91 no âmbito da tabela do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), na qual insere um grupo de procedimentos com itens que passaram a ser custeados pelo orçamento do Ministério. Os novos procedimentos garantiram o custeio da assistência psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais dia para saúde mental e, fundamentalmente, foram inseridos no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) os códigos de procedimentos novos compatíveis com as práticas dos CAPS e NAPS tais como: oficinas terapêuticas, atendimento em grupo, visita domiciliar em saúde mental, etc. De acordo com Tenório (idem, p. 41), “a importância desse ato está em que, até então, não havia no arcabouço normativo a possibilidade de remuneração e incentivo públicos a outras modalidades de

assistência que não as tradicionais (internação e ambulatório de consulta)”. Essa portaria definiu o SUS como o nível central no ordenamento e financiamento da política de saúde mental no país. Além disso, criou possibilidades para que os demais níveis administrativos (estados e municípios) pudessem implantar ações e serviços de saúde mental garantindo princípios como a descentralização, regionalização, diversificação da oferta, com práticas condizentes com os valores das reformas no modelo assistencial inspiradas na desinstitucionalização.

No rastro do aprimoramento dos dispositivos regulatórios da progressiva mudança no rumo da política de saúde mental, em janeiro de 1992 o Ministério da Saúde aperfeiçoou os mecanismos que regulamentaram os CAPS e NAPS a partir da portaria nº 224, por orientação da Coordenação de Saúde Mental do Departamento de Programas de Saúde da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Com isso, a assistência em saúde mental passou a ser organizada em dois grandes grupos de possibilidades: 1) a assistência hospitalar, compreendida como a internação em hospital psiquiátrico e o semi-internamento [na forma de hospital-dia]; 2) a assistência ambulatorial, considerando as ofertas de consultas em ambulatórios [no modelo tradicional] e os CAPS e NAPS, também considerados serviços ambulatoriais, mas com natureza diferenciada por ofertar uma assistência em caráter intensivo, o dia todo, vários dias por semana. Esta portaria estabeleceu algumas diretrizes: a) organização de serviços de saúde mental com base nos princípios de universalidade da assistência, hierarquização, regionalização e integralidade das ações ofertadas; b) garantia da diversificação metodológica e técnicas terapêuticas nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde; c) garantia do fluxo de continuidade da atenção prestada nos vários níveis de complexidade do sistema, evitando a descontinuidade ou parcialidade do tratamento; d) garantia da disponibilidade de equipes multiprofissionais na prestação de serviços; e) destaque para a participação social na política de saúde mental desde o momento da sua formulação até o controle de sua execução; f) determina que os gestores locais devem ser responsáveis pelo controle e avaliação dos serviços prestados. Os NAPS/CAPS foram definidos como “[...] unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2004, p. 243). Instituiu-se, ainda, as condições para atendimento psiquiátrico em hospital geral como os leitos e as urgências psiquiátricas. Com vistas à humanização da assistência e à garantia dos direitos de cidadania dos pacientes hospitalizados, a portaria

desautoriza a existência de espaços restritivos (ou seja, celas fortes) nos hospitais gerais e especializados. Essas novidades normativas quebram a exclusividade do hospital psiquiátrico para a assistência aos quadros clínicos graves.

Pitta (2011, p. 4.585) caracteriza ‘os anos 90’ como o momento em que a Reforma Psiquiátrica foi se tornando uma “política pública consentida”. Tenório (2002, p. 46) reconhece nessa década o momento da pavimentação legal materializada com os diversos instrumentos regulatórios identificando, com isso, um “[...] avanço vigoroso e consistente da Reforma Psiquiátrica na década [...]”. De acordo com Delgado (2014, p. 19), a década de 1990 foi marcada pela “[...] luta para a aprovação da lei nacional de Reforma Psiquiátrica e pela ampliação das parcerias políticas e ideológicas da Reforma”. Esses autores constataam o início da redução do número de leitos psiquiátricos em decorrência dos novos rumos que a política de saúde mental passou a seguir. Na primeira metade da década, foram inaugurados cerca de cem serviços do novo modelo e considera que nesse período o processo de substituição do modelo asilar aconteceu de modo regular e inequívoco; ao final da década, o número de NAPS/CAPS chegou a mais de duzentas unidades. Tenório (2002, p. 43) constatou que, em função do incentivo aos serviços comunitários e da imposição de novas regras para o internamento em psiquiatria, em apenas cinco anos daquela década 57 hospitais psiquiátricos foram descredenciados, havendo uma queda no número de leitos psiquiátricos de 85 mil para 62 mil no final da década. A constatação do declínio do número de leitos é corroborada por Delgado (2014) que considerou ter sido iniciada uma fiscalização mais ativa por parte do Ministério da Saúde, o que favoreceu o descredenciamento de instituições que apresentavam problemas na assistência. A curva de declínio da oferta de leitos pode ser vista no ‘**gráfico 5**’ a seguir.

Por fim, se para a saúde pública a redução de leitos pode ser considerada um fator negativo, no campo da saúde mental essa redução era exatamente um dos objetivos da mudança do modelo. Para Tenório (2002, p. 43), a diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos pode ser um indicador positivo desde quando acompanhado da ampliação da oferta de serviços extra-hospitalares que possam expandir a assistência e suprir a demanda por cuidados. Ao longo da década, surgiram várias experiências locais de transformação substancial na assistência em saúde mental que passara a funcionar como laboratório de práticas para a Reforma. Entre essas experiências singulares e exitosas estão as cidades de Santos, Rio de Janeiro, Campinas, Belo Horizonte, Aracaju, Porto Alegre, Quixadá, entre outras, que abriram seus primeiros NAPS/CAPS. Um conjunto de outros municípios também iniciou a oferta de ações e articulações na comunidade com projetos e

programas assistenciais não hospitalares, mas que também não se enquadravam como um NAPS/CAPS. Além disso, vários estados aprovaram legislações estaduais que potencializaram a base jurídica necessária para a institucionalização da reforma, conforme quadro abaixo:

**Quadro 3** – Evolução da Reforma Psiquiátrica nas legislações estaduais na década de 1990

Estado	Nº da Lei	Ano
Rio Grande do Sul	Nº 9.716	1992
Ceará	Nº 12.151	1993
Pernambuco	Nº 11.064	1994
Distrito Federal	Nº 975	1995
Rio Grande do Norte	Nº 6.758	1995
Minas Gerais	Nº 11.802	1995
Paraná	Nº 11.189	1995
Espírito Santo	Nº 5.267	1996

**Fonte:** BRASIL. Ministério da Saúde (Legislação em saúde mental: 1990-2004), 2004.<sup>16</sup>

Os anos iniciais da primeira década do novo século foram definitivos para a mudança de rumos no cenário da política de saúde mental do Brasil. Quase cem anos depois da “Lei de Alienados” apresentada por Teixeira Brandão, primeira legislação federal da assistência psiquiátrica aprovada em 1903, o Brasil conseguiu atualizar a legislação federal com a aprovação da Lei Federal 10.216/2001, depois de doze anos de tramitação do projeto de Lei 3.657/89. Um dos elementos do complexo processo de reforma psiquiátrica é a dimensão “jurídico-política” que corresponde aos balizamentos legais normativos que asseguram e reforçam os direitos individuais e/ou coletivos ao determinar-lhes os limites e as possibilidades. Para Amarante (2007, p. 69), “a revisão de toda a legislação é um primeiro aspecto, pois tanto o código penal quanto o civil ou ainda outras leis e normas sociais estão repletos de referências nocivas [...] e representam obstáculos significativos ao exercício da cidadania”. No Brasil a loucura esteve e está legalmente associada à incapacidade civil e à periculosidade. A Lei 10.216 representa um avanço parcial; a nova lei não desmonta o imbróglio da legislação civil que configura o louco como incapaz; contudo o novo ordenamento jurídico sedimentou transformações institucionais fundamentais que redimensionaram a política pública de saúde, em primeiro plano. Além disso, inspirou importantes mudanças na Política de Assistência Social com

<sup>16</sup> Ver: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao\\_em\\_saude\\_mental\\_1990\\_a\\_2004.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao_em_saude_mental_1990_a_2004.pdf)

transformações normativas que permitiram estender aos assistidos nos serviços especializados de saúde mental os mesmos benefícios garantidos pela Lei Orgânica da Assistência Social, a exemplo do *Benefício de Prestação Continuada* (BPC), auxílio financeiro fundamental para a reinserção psicossocial. A Lei Federal 10.216 constitui parte da superestrutura jurídica alcançando todo o território nacional, construída através de um amplo e demorado processo de mobilização social, tendo sido promulgada num ambiente de profícua legitimidade social. A nova legislação aprovada em 2001 revogou a retrógrada legislação estabelecida pelos Decretos nº 24.814 e nº 24.559 de julho de 1934, superando uma legislação construída sessenta e sete anos antes. Em que pese o caráter progressista da Lei 10.216, ao longo dos tensos debates no percurso da sua tramitação no parlamento, o artigo que determinava o impedimento de novas construções ou novas contratações de hospitais psiquiátricos acabou sendo suprimido e não se fala explicitamente sobre isso no texto aprovado em 2001. Mesmo assim, a nova legislação é considerada o marco de uma inflexão na assistência em saúde mental por ser a base para o impulsionamento de uma radical transformação assistencial.

De acordo com Pitta (2011, p. 4.586), a homologação dessa lei foi o “[...] ponto culminante de um processo de normatização da assistência que vinha sendo implementada com o desenho da Reforma através das portarias ministeriais e da indução financeira para tal fim”. De acordo com Delgado (2014, p. 20), essa seria a quarta fase da RPB caracterizada pela implantação de serviços e mudança técnica e financeira com vistas ao modelo assistencial sustentável, intersetorial e comunitário. Para esse autor, a quarta fase teve quatro marcadores: a) a promulgação do novo marco legal em 2001; b) a realização da 3º CNSM, também em 2001, que mobilizou a base social e consolidou o ideário reformista; c) o consenso de que a premissa central ou valor inegociável nessa nova iniciativa de reforma é a questão da “cidadania do louco”; d) a construção e a consolidação de uma rede de serviços de saúde mental de base comunitária. Para Pitta (2011, p. 4.585) essa foi a década da “reforma legal” na qual ocorreram alguns dos avanços mais consistente da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em dezembro de 2001, foi realizada a 3ª CNSM com o tema “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Cerca de 1.480 participaram da etapa final, mas aproximadamente 30.000 pessoas participaram das etapas preparatórias, revelando o caráter democrático e participativo ao longo do processo de construção dessa conferência. O texto do relatório final reafirma os princípios e diretrizes do SUS caracterizados como “atenção integral, acesso universal e

gratuito, equidade, participação e controle social” (BRASIL, 2002, p. 24). Esta é a primeira das CNSM em que se busca um refinamento epistemológico e metodológico para o processo da RPB. Os capítulos abordam temas variados tais como: o financiamento, a acessibilidade, o controle social, os recursos humanos, etc. Nesse relatório a RPB é entendida numa dimensão ampliada “como transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais, marcada por tensões, desafios e conflitos” (idem, p. 19). Considera ainda que uma Reforma Psiquiátrica, enquanto processo, “[...] não se faz apenas com leis e propostas; essas precisam ser efetivamente implantadas e exercitadas no cotidiano das transformações institucionais, dos serviços e das práticas e relações interpessoais”. No ‘capítulo I’, que trata da “política de saúde mental e organização de serviços”, o relatório se refere à reorientação do modelo assistencial, sugerindo a extinção de todos os leitos em hospitais psiquiátricos até o ano de 2004 em sincronia “com a estruturação de uma rede substitutiva de atenção integral à saúde do usuário de saúde mental e com o desenvolvimento de uma estratégia de ampla discussão sobre a inclusão da loucura na sociedade” (idem, p. 25). Nesse capítulo o tópico que discorre sobre os fundamentos das ações de desinstitucionalização considera que a “superação do modelo asilar exige a implantação de uma política de desospitalização/substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a concomitante construção de uma rede substitutiva que assegure assistência integral e de qualidade” (idem, p. 36).

A 3ª CNSM aprofundou a temática da planificação em saúde mental, tema importante, embora com pouco destaque nas edições anteriores. Desse modo, sugere-se “[...] estabelecer estratégias de planejamento, programação e implementação das ações e atividades de saúde mental na rede de serviços de saúde do SUS” (idem, p. 33). Nessa perspectiva, aponta-se a necessidade de criação de “mecanismos de avaliação, acompanhamento, planejamento e fiscalização contínua da rede de serviços de saúde do SUS” (idem, ibidem). Em termos de normatização dos mecanismos de avaliação da política de saúde mental, a portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº 799 de julho de 2000 havia instituído no âmbito do SUS um “Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental” (BRASIL, 2004, p. 105) com a finalidade de realizar a “avaliação da assistência à saúde mental no País, dentro do contexto de sistema global de atenção, promoção e recuperação da saúde mental” (idem, ibidem). Embora preconizada em legislação específica, a avaliação da assistência em saúde mental no Brasil tem historicamente importantes lacunas seja pela inconstância em termos de regularidade de tempo, seja pela ausência de consenso em relação aos indicadores a

serem considerados para regular monitoramento, o que reforça a importância de estudos como preconizados pela presente proposta.

Em fevereiro de 2002, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 336 que define os CAPS, estabelecendo seus perfis e regulando seu modo de funcionamento. Estes serviços correspondem à principal estratégia de operacionalização da reorientação do modelo assistencial. Trata-se de instituições vocacionadas ao acolhimento de pessoas com transtornos mentais, sejam elas egressas dos hospitais psiquiátricos ou também pessoas que não tem histórico de hospitalização, provavelmente, o tratamento nesses serviços diminuirá a demanda por internamento. Os CAPS devem oferecer atendimento com equipes multiprofissionais com vista ao manejo dos transtornos mentais e, fundamentalmente, a reinserção num espaço social concreto, onde a vida cotidiana acontece, sem que a oferta de tratamento esteja condicionada ao isolamento social. Esse serviço é a referência assistencial para pessoas com quadros de transtornos mentais graves cuja condição severa e/ou persistente justifique a intensificação do cuidado. Este foi um serviço concebido com potência suficiente para substituir às internações psiquiátricas ou mesmo preveni-las. A portaria 336/02 determina que “os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território” (BRASIL, 2004, p. 125). Além disso, estabeleceu que esses serviços devem funcionar em área física própria, específica e independente das estruturas dos hospitais; devem oferecer atendimento em sistema de atividades diárias em dois turnos continuados durante cinco dias por semana; nas condições especiais, há um dos tipos (CAPS III) que deve funcionar sete dias por semana com atendimento diuturno, sem interrupção. Além do gerenciamento dos projetos terapêuticos individuais, este serviço é co-responsável pela reinserção social e articulação com outros dispositivos assistenciais que viabilizem atividades culturais, laborais, educacionais, esportivas, etc. Este é um serviço especializado concebido para ser o regulador da rede assistencial em saúde mental em sua região de abrangência, o que o legitima a coordenar ações da atenção básica à atenção hospitalar psiquiátrica nos serviços de saúde que em seu território.

A portaria 336/02 normatizou a dinâmica dos serviços de saúde mental, padronizando aspectos como: recursos humanos, modalidades de atendimento (individual, grupal, oficinas terapêuticas, etc.). Os CAPS diferem entre si de acordo com algumas características: porte populacional da localidade onde está inserido; tamanho do equipamento e estrutura física; composição da equipe e atividades realizadas; especificidades da demanda assistida (quadros psicóticos e neuróticos graves, crianças e

adolescentes, usuários de drogas); horário ou programação de funcionamento. De acordo com essa portaria são cinco as modalidades de CAPS<sup>17</sup>:

- *CAPS tipo I*

- \* Para quadros clínicos de psicoses e neuroses graves,
- \* Para municípios de pequeno porte, com população entre 15.000 e 70.000 habitantes (o número foi atualizado depois da republicação da Portaria em 2013)
- \* Com funcionamento diário das 08:00 às 18:00;

- *CAPS tipo II*

- \* Para quadros clínicos de psicoses e neuroses graves,
- \* Para municípios de médio porte, com população entre 70.000 e 200.000 habitantes,
- \* Com funcionamento diário das 08:00 às 18:00;

- *CAPS tipo III*

- \* Para quadros clínicos de psicoses e neuroses graves,
- \* Para municípios de grande porte, com população superior a 200.000 habitantes,
- \* Com funcionamento 24 horas por dia];

- *CAPS IA*

- \* Específico para crianças e adolescentes,
- \* Para municípios de médio porte populacional, com população superior a 150.000 habitantes,
- \* Com funcionamento diário das 08:00 às 18:00

- *CAPS AD*

- \* Específico para pessoas que usam álcool e outras drogas
- \* Para municípios de médio porte populacional, com população superior a 70.000 habitantes,
- \* Com funcionamento diário das 08:00 às 18:00

Em caráter especial, a partir de 2012, o CAPS AD (destinado ao cuidado aos usuários e álcool e outras drogas) também poderá ser credenciado como tipo III e, assim, funcionar 24 horas por dia, ao longo dos sete dias da semana. A Portaria GM nº 336/2002 tornou-se mais um dos instrumentos de efetivação da reorientação do modelo assistencial. Por um lado, agregou importantes melhoramentos em relação à regulamentação estabelecida pela portaria 224/1992 para os serviços de saúde mental de caráter ambulatorial ao estabelecer caracterizações e especificações para os diferentes tipos de CAPS, por outro lado normatizou e definiu a modalidade de financiamento de custeio para

---

<sup>17</sup> A portaria 3.588 de 2017 introduz o CAPS tipo IV que deve ser instalado nas proximidades das cenas de uso de drogas nas grandes cidades. Este é um serviço disponível exclusivamente para municípios com porte populacional superior a 500.000 habitantes ou para capitais dos estados.

esses serviços, definindo que o recurso será disponibilizado para o município na modalidade de repasse denominada extra-teto, o que funcionou como estímulo para implantação de um desses serviços no âmbito de uma política municipal de saúde.

Para o cuidado especial dos internos considerados ‘moradores’ dos hospitais psiquiátricos a reforma psiquiátrica italiana havia gestado os ‘lares abrigados’, residências destinadas aos internos de longa permanência. O relatório final da 2ª *CNSM* de 1992 havia enfatizado a importância desse dispositivo assistencial para a reestruturação da assistência dado que há impacto direto na desospitalização e desinstitucionalização. Em fevereiro de 2000 a Portaria GM nº 106 normatizou a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (ou Residência Terapêutica) em saúde mental no âmbito do SUS que correspondem, concretamente, a uma casa inserida na comunidade, territorializada e articulada com a rede de saúde local, designada para a moradia de egressos de internações psiquiátricas que não possuem suporte social e/ou laços familiares. Esses espaços são alternativas habitacionais para pessoas que estiveram internadas em hospitais psiquiátricos durante anos e já não conseguem suporte social fora do hospital que lhes ofereça garantia de apoio residencial para viabilizar a alta hospitalar. Portanto, correspondem a uma modalidade assistencial que substitui a estadia de longa duração em instalações psiquiátricas motivada por ausência de suporte social. Com essa portaria definiu-se que a transferência de cada interno do hospital especializado para a Residência Terapêutica deveria implicar no descredenciamento de número igual de leitos naquela unidade hospitalar, cujo recurso deveria ser remanejado para a manutenção do própria SRT.

Os internamentos prolongados foram uma das características prevalentes do modelo hospitalar psiquiátrico. A conversão do hospital em lugar de moradia permanente tornou-se uma prática comum e um problema crônico na assistência hospitalar que passou a ser duramente denunciada (BRASIL, 1994, p. 93). Um dos grandes desafios para a concretização da RPB era a expressiva quantidade de moradores nos hospitais que cumpriam função asilar. A desinstitucionalização dessas pessoas passou a ser, por tanto, um tema central. A Lei 10.216 trouxe em seu art. 5º uma consideração peculiar para os internos de longa permanência e/ou caracterizados como estando em situação de dependência institucional. A Lei garantiu que essas situações seriam pautadas por uma política específica de alta hospitalar planejada e reabilitação psicossocial assistida.

A mudança na política de saúde mental combinou a oferta da moradia na comunidade, através das SRT, e a disponibilidade de auxílios financeiros pelos programas da política de Assistência Social, como o BPC. Especialmente para essas pessoas, a nova

política de Estado passou a conceder um auxílio financeiro complementar para subsidiar a alta hospitalar e a permanência na comunidade. A Lei Federal 10.708 de julho de 2003 instituiu “o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas” (BRASIL, 2004, p. 23). Essa política denominada de “Programa de Volta Pra Casa” (PVC) tornou-se um recurso fundamental no planejamento das altas hospitalares e para o fortalecimento do poder de contratualidade dos egressos uma vez que os protege do desamparo econômico.

Na linha da evolução da política de saúde mental, em 2003 o Governo Federal apresentou a ‘*política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*’, uma das áreas mais negligenciadas no campo das políticas de saúde. No Brasil, historicamente, o debate sobre uso de drogas esteve vinculado à esfera jurídico-policia. Embora os documentos oficiais falassem em prevenção e tratamento, a tônica das ações políticas era fortemente centrada na repressão do comércio e dos usuários. Até então, a normatização vigente era baseada na Lei Federal Lei nº 6.368, de outubro de 1976<sup>18</sup>. Esta Lei versava sobre ações num amplo espectro de incidência que pretendia alcançar aspectos diversos que iam da prevenção à repressão ao tráfico de drogas. No que diz respeito às ações de saúde, de modo incipiente, buscava-se estabelecer alguns procedimentos destinados às pessoas que faziam uso ‘problemático’ de substâncias entorpecentes e também para os casos de dependência física ou psíquica. Na prática, essa lei era inspirada no modelo biomédico clássico centrado no internamento hospitalar como linha de cuidado exclusiva. Como efeito dos novos paradigmas epistemológicos e assistenciais, construídos nas duas décadas anteriores, a partir de 2003 o Ministério da Saúde passou a exercer uma disputa interna no âmbito do Governo Federal pela hegemonia do cuidado aos usuários de drogas tentando estabelecer o cuidado integral em saúde como a prioridade da política sobre drogas como um todo. Para isso, havia a necessidade de reestruturar a assistência em saúde mental para que tornasse possível acolher pessoas que faziam uso prejudicial de substâncias psicoativas em serviços de saúde alinhados com os valores do SUS e da RPB. Assim, o documento norteador da nova política de saúde assinalou que:

torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária

---

<sup>18</sup> Em 2006 essa Lei foi substituída por uma nova normatização em âmbito federal materializada na Lei nº 11.343 que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Essa nova lei determinou os procedimentos para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Além disso, definiu normas para repressão que alcançava a produção não autorizada e o tráfico de drogas ilícitas, estabelecendo tipificações dos crimes para essas condutas.

associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2003, p. 6)

De modo mais explícito, a ‘política de atenção integral’ passou a reconhecer a perspectiva da ‘redução de danos’ como um dos princípios norteadores do cuidado, considerando que a abstinência como meta assistencial não poderia ser o único objetivo a ser almejado numa política de saúde. Nesse documento pressupõe-se que o ato de cuidado deve considerar as singularidades e as diferentes possibilidades de escolhas que os sujeitos podem fazer, o que deverá condicionar as práticas de saúde ao acolhimento dessas diferenças em serviços de saúde devidamente instrumentalizados para ofertar cuidado sem prejulgamentos. A partir desse giro epistemológico, a maioria dos novos serviços de saúde mental, sobretudo os especializados em cuidar de pessoas que usam drogas, passou a adotar a redução de danos como paradigma teórico e metodológico. De acordo com Delgado (2014, p. 20), a modernização da política sobre drogas bem como a criação de uma rede de serviços de saúde mental articulados aos territórios destinados a acolher pessoas que usam drogas são acontecimentos considerados relevantes dessa fase da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Em janeiro de 2004, as portarias nº 52 e nº 53 do gabinete do ministro da saúde instituíram o ‘Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS’. Essas portarias reafirmam a diretriz política de redução gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos. O mecanismo adotado estabeleceu uma relação inversamente proporcional entre o porte do hospital e o valor da diária, ou seja, quanto maior o porte do hospital, menor o valor da diária por leito. O intuito era induzir gradualmente a diminuição do número de leitos nos hospitais de grande porte. A diretriz estratégica de recomposição no valor das diárias hospitalares preconizava uma redução dos leitos em hospital psiquiátrico com a garantia de que os recursos financeiros antes destinados aos hospitais seriam deslocados progressivamente para os serviços comunitários e as ações no território. O Programa operava em torno de três eixos: 1) reduzir progressivamente os leitos de acordo com uma categorização de módulos assistenciais (40 leitos, cada) criando uma classificação do porte dos hospitais (pequeno, médio, grande porte) e, conseqüentemente,

estabelecendo diferentes valores para a composição das diárias; 2) estimular a redução planejada e pactuada entre gestores e prestadores; 3) redirecionar para o custeio dos serviços comunitários os recursos financeiros outrora concentrados na assistência hospitalar. Esse foi um dos principais mecanismos indutores da inversão na curva de financiamento da política de saúde mental que gradativamente passou a investir mais em serviços nos serviços comunitários no comparativo com os recursos financeiros destinados à assistência hospitalar. Essa era uma histórica disputa com o mercado dos serviços privados de saúde que se configuravam como uma atividade bastante rentável a partir do Plano Nacional de Saúde - construído na gestão de Leonel Miranda no Ministério da Saúde em 1967/68 – bem como em decorrência da política de compra de serviços de saúde pelo INPS no mesmo período.

A década de 2000 ficou marcada pela expansão dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico com uma importante dispersão em todo o território nacional. No ano de 2001 existiam 295 CAPS no Brasil, no ano de 2010 já eram 1.620 serviços credenciados (BRASIL, 2016, p 45), um crescimento de aproximadamente 449% somente nessa modalidade de serviço. Quanto à redução de leitos em hospital psiquiátrico, em 2001 existiam 52.962 vinculados ao SUS, em dezembro de 2010 o número havia caído para 32.735 (BRASIL, 2016, p. 69), uma redução de 20.227 leitos em números absolutos, correspondendo a cerca de 38% dos leitos psiquiátricos existentes no começo da década. Por fim, em 2006, ocorreu a esperada inversão do gasto financeiro quando as ações e serviços extra-hospitalares passaram a ter um volume de recursos superior aos gastos com internamento, o que apontava para a inversão do modelo assistencial. Desse modo, no decorrer da década ocorreram importantes e consistentes transformações no âmbito da política de saúde comprometidas com os valores da Reforma Psiquiátrica.

Em que pese a evidência de que efetivamente houve mudanças em ‘escala nacional’, a análise do desempenho das unidades federativas revela diferentes performances, os avanços não foram homogêneos. O estado da Bahia, por exemplo, ao longo da década de 2000, manteve a maior parte dos seus leitos psiquiátricos, principalmente os que pertenciam aos hospitais da rede própria estatal. Por isso, fez-se necessário analisar a cadência e a evolução da política de saúde mental, considerando a realidade particular desse estado.

No final da primeira década do novo século, o debate sobre as redes de atenção à saúde ganhou corpo. Em dezembro de 2010 o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº 4.279 na qual definiu e normatizou as diretrizes que deveriam guiar a organização da

Rede Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. O documento definiu a RAS como sendo “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). Esse novo arranjo pretendeu integrar de modo sistêmico as ações e os serviços de saúde com intuito de propiciar atenção integral, contínua e de qualidade, comprometida com o princípio da humanização das práticas em saúde. Em termos operacionais, seria um mecanismo de racionalização dos processos de cuidado na busca de melhores resultados no que diz respeito ao acesso, à equidade, à eficácia clínica, à eficiência administrativa e econômica para o SUS. Em termos de desenho organizacional, constituiu-se uma teia de relações horizontais entre diferentes pontos de atenção em saúde articulados a uma espécie de ‘centro gravitacional’, a Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>19</sup>. Cada ponto de atenção tem suas características, competências e responsabilidades especiais, todos devem estar articulados entre si e com a APS. O primeiro nível de atenção em saúde, a APS, deve ser resolutivo para as demandas mais comuns na saúde, inclusive na atenção em saúde mental. Em tese, a APS deve coordenar o cuidado que deve ser corresponsabilidade dos demais pontos de atenção da rede a exemplo dos serviços especializados e serviços hospitalares. Nessa nova arquitetura organizacional, definiram-se cinco redes prioritárias: Rede Cegonha, Rede de Urgências e Emergências, Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiências, Rede de Atenção Pessoas com Doenças e Situações Crônicas e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A Portaria GM nº 3.088/2011 definiu e normatizou, no âmbito do SUS, um complexo de ações e serviços denominado de Rede de Atenção Psicossocial destinada ao cuidado de pessoas que apresentam algum sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades desencadeadas pelo uso de álcool e outras drogas. A RAPS fundamenta-se numa concepção ampliada de cuidados em saúde e busca ordenar a oferta de acordo a diversidade das demandas de cuidado em saúde mental.

Essa portaria representou um avanço no que concerne ao ordenamento das competências e as relações entre os serviços por explicitar de modo mais sistemático o elenco de ofertas e as atribuições dos serviços. Note-se que não há lugar para o hospital psiquiátrico nesse desenho organizacional. O parágrafo 2 do art. 11º dessa portaria considera a hipótese de o hospital psiquiátrico ser acionado apenas nas regiões de saúde em

---

<sup>19</sup> O anexo da portaria 4.276/2010 traz uma fundamentação conceitual sobre esse arranjo organizacional. Nele há a definição dos principais termos dessa política. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos\\_prt4279\\_30\\_12\\_2010.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf)

que a RAPS está em processo de implantação ou expansão, quando a oferta de serviços não se mostrar suficiente para acolher a demanda; não se trata de concorrer com os novos serviços. Assim, afirma que:

o hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011).

A matriz organizacional da RAPS prevê diferentes pontos de atenção organizados em torno de sete componentes como apresentado no quadro abaixo.

**Quadro 4 – Rede de Atenção Psicossocial de acordo com a portaria 3.088/2011**

<b>Atenção Básica em Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade Básica de Saúde,</li> <li>• Núcleo de Apoio a Saúde da Família,</li> <li>• Consultório na Rua,</li> <li>• Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório</li> <li>• Centros de Convivência e Cultura</li> <li>• Comunidade Terapêutica</li> </ul>
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;</li> </ul>
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SAMU 192,</li> <li>• Sala de Estabilização,</li> <li>• UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde</li> </ul>
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de Acolhimento</li> <li>• Serviço de Atenção em Regime Residencial</li> </ul>
<b>Atenção Hospitalar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermaria especializada em Hospital Geral</li> <li>• Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas</li> </ul>
<b>Estratégias de Desinstitucionalização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços Residenciais Terapêuticos</li> <li>• Programa de Volta para Casa</li> </ul>
<b>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda,</li> <li>• Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais</li> </ul>

Fonte: Portaria GM/MS 3.088/2011

Apesar de haver vários aspectos positivos nessa portaria, a revisão dela, ocorrida em 2013, permitiu a reintrodução, na rede de serviços de saúde, de uma velha conhecida

bastante refutada no campo Reforma Psiquiátrica: a Comunidade Terapêutica. No Brasil prevaleceu um tipo de serviço homônimo aos serviços ingleses, mas nada parecida com o projeto ético-político-terapêutico consagrado com Maxwell Jones. Reitera-se que mesmo considerando as mudanças radicais na dinâmica dos hospitais psiquiátricos produzidas por Jones, o movimento reformista italiano refutou essa instituição, como visto acima. Embora tenha sido também um modelo adotado por alguns hospitais brasileiros na década de 1970, o movimento da RPB não a incluía em seu horizonte. Contudo, a Lei Federal 11.343/2006, que reformulou a política brasileira sobre drogas, inseriu uma brecha formal para que esses serviços pudessem ser contemplados no elenco dos potenciais recebedores de financiamento público, ainda que não tenha havido menção explícita nem ao termo ‘comunidade terapêutica’, nem à sua inclusão obrigatória na rede de saúde mental. Durante a primeira metade da década de 2010, as Comunidades Terapêuticas foram financiadas com recursos de setores como a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) do Ministério da Justiça. Em 2011, o Governo Federal apresentou uma política de enfrentamento ao uso das drogas psicoativas com um plano chamado “*Crack, é possível vencer*”, ou, como ficou popularmente conhecido, “*Plano Crack*”. Na ocasião, o plano foi recebido pela comunidade acadêmica e movimentos ligados à Reforma Psiquiátrica com uma avaliação ambivalente: foi elogiada por conseguir agregar vários ministérios e secretarias nos três níveis da administração pública para construção de uma política integrada para um tema tão cheio de especificidades, mas surgiram duras críticas: a) pela priorização do ‘crack’ como a vitrine do programa; b) por conta da reaproximação com o aparato jurídico-policial; c) pela formalização do espaço político-administrativo para o financiamento das Comunidades Terapêuticas. Estes serviços já recebiam recursos públicos antes mesmo do “plano” com a justificativa de que a rede de serviços da saúde era insuficiente para acolher a demanda de usuários de álcool e outras drogas. Um levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2017 estimou que existiam cerca de 2.000 unidades desses serviços no Brasil. As Comunidades Terapêuticas brasileiras adotaram o modelo americano e passaram a lidar exclusivamente com pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. São organizações não estatais que, assim como as Santas Casas de Misericórdia no século XIX, estreitaram a relação com o Estado na busca de oferecer serviços onde há suposta insuficiência de oferta estatal. Assim como aconteceu no século XIX, essa assistência é apêndice de um amplo projeto de assistência caritativa vinculado a instituições religiosas.

Do ponto de vista da configuração do projeto terapêutico, a permanência nesses serviços implica num isolamento social que pode durar de nove a doze meses seguidos. Estes serviços adotam a abstinência de drogas como meta única. De acordo com Santos (2018, p. 12), essas instituições “mantêm hierarquias muito bem definidas entre internos e cuidadores, tanto profissionais de saúde quanto monitores. Da mesma forma, a definição dos planos terapêuticos, bem como das rotinas da internação, não é aberta à participação dos internos”. Isso é terminantemente diferente do modelo concebido por Jones, que preconizava um ambiente de relações horizontalizadas entre cuidadores (médicos, enfermeiros e psicoterapeutas) e assistidos, considerando que os internados tinham ativa participação na construção do seu projeto terapêutico. Atualmente no Brasil esses serviços são atividades de extensão de instituições religiosas que adotam os mesmos princípios dos hospitais psiquiátricos, tais como: internamento de longa permanência, isolamento social, paradigma reducionista centrado no modelo da ‘doença’, etc. Segundo Santos (idem, ibidem), o programa terapêutico dessas instituições está ancorado num tripé: disciplina-trabalho-espiritualidade, traduzidos em rotinas que incluem disciplina rígida, ergoterapia/laborterapia e atividades religiosas. Esse modelo remete ao retorno do tratamento moral semelhante ao modelo alienista de Esquirol padrão do século XVIII quando se apostava na pedagogia da ordem e no trabalho do interno como o resgate de um valor social. Não bastasse esse anacronismo, a atual política sobre drogas no Brasil flerta com a também ultrapassada prática jurídica do ‘sequestro’, conforme descrita por Castel (1978) ao descrever os elementos da síntese alienista. Atualmente no Brasil esse mecanismo tem o nome de ‘internamento compulsório’, prática frequente que alinha o saber-poder psiquiátrico-judicial.

Depois de uma intensa batalha que durou décadas, os defensores das Comunidades Terapêuticas no Brasil lograram êxito na articulação política ao conseguirem garantir financiamento público com regularidade para o funcionamento desses serviços. Desde então, passaram a disputar importante volume de recurso destinado à política sobre drogas sendo atualmente um real concorrente do financiamento público dos CAPS-Ad. Em janeiro de 2012 a Portaria GM nº 131 instituiu incentivo financeiro destinado ao custeio dos serviços da RAPS do componente ‘atenção em regime residencial’ voltados às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, entre os quais as Comunidades Terapêuticas, selando o lugar formal dessas instituições até mesmo na previsão orçamentária da política de saúde do Governo Federal.

Em 2019 a Lei Federal nº 13.840 alterou a lei de 2006 selando o destino das Comunidades Terapêuticas ao reconhecer seu lugar na categoria dos ‘serviços de acolhimento’ na rede de serviços de tratamento para pessoas que usam drogas. Em resposta a pressões ideológicas oriundas de setores da classe médica e instituições religiosas, governo Bolsonaro instituiu a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED) que tem basicamente a função de ser uma espécie de escritório oficial de apoio e fomento para essas instituições. Em 2021 a SENAPRED financiou 492 Comunidades Terapêuticas, número de instituições maior que o número de hospitais psiquiátricos existentes em 1981 (430 hospitais), embora o número de vagas em Comunidades Terapêuticas com financiamento federal seja inferior ao número de leitos daquele período.

Na segunda metade da primeira década do século XXI, ocorreu mais um desvio no projeto original da RPB a partir da publicação da Portaria GM nº 3.588 de dezembro de 2017. Esse documento alterou várias regulamentações da RAPS e reintroduziu os principais serviços refutados pelo movimento da RPB. É fato que a Lei Federal 10.216 não impediu a contratação, a construção ou o financiamento de hospitais psiquiátricos, como previsto no primeiro artigo do projeto de lei 3.657/89; mas, o artigo 5º trata das modalidades de internação (voluntária, involuntária, compulsória) e nele não há nenhuma menção ao internamento em hospital psiquiátrico. A ruptura com o hospital psiquiátrico era um aspecto subtendido dessa Lei, mas não está materializado em texto. Somente os relatórios da 3º e 4º CNSM fizeram explícita alusão a essa recusa, contudo estes documentos não possuem força normativa. No vácuo da ausência de materialidade formal, forças sociais e políticas históricas que sempre defenderam o hospital psiquiátrico, entre elas a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), atuaram no parlamento federal no sentido de preservar os leitos que ainda existem em hospitais psiquiátricos. Desse modo, pela primeira vez, através da portaria 3.588/17, os hospitais psiquiátricos apareceram no arcabouço normativo que regulamenta a RAPS. Os hospitais psiquiátricos passaram a ser configurados como serviços especializados em saúde mental. Além disso, o clássico serviço ambulatorial, criticado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica por não fortalecer vínculos terapêuticos e imersão no território, reaparece com lugar definido na RAPS caracterizado como *‘equipe multiprofissional de atenção especializada em saúde mental/ Unidades Ambulatoriais Especializadas*. Por fim, essa portaria recua também ao reconhecer e reintroduz os ‘hospitais-dia’ como serviço da RAPS, reforçando o caráter hospitalocêntrico das novas diretrizes políticas para a área da saúde mental. Esta portaria é

considerada como um dos grandes retrocessos na política de saúde mental que vinha sendo inspirada nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Fechando o ciclo das operações de retrocessos da década de 2010, em janeiro de 2019 a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGSMAD) publicou a Nota Técnica nº 11 na qual buscou justificar as mudanças nas diretrizes da política de saúde mental ao passo em que revelou seguir uma ideologia contrária aos fundamentos da RPB. Nesse documento o Ministério da Saúde assumiu uma perspectiva de contrarreforma psiquiátrica quando: 1) reintroduziu a eletroconvulsoterapia no leque de ofertas procedimentais; 2) refutou o consenso conceitual sobre o uso do termo “rede substitutiva” ou serviços substitutivos afirmando textualmente que “nenhum serviço substitui outro”; 3) alinhou-se com a ideologia proibicionista no que tange à política sobre drogas; 4) favoreceu o retorno do ‘privatismo’ na saúde mental, como na década de 1970, com o financiamento de leitos privados nas Comunidades Terapêuticas; 5) defende amplamente a permanência dos hospitais psiquiátricos, inclusive com suposta recomendação da OMS, o que contraria a própria OMS.

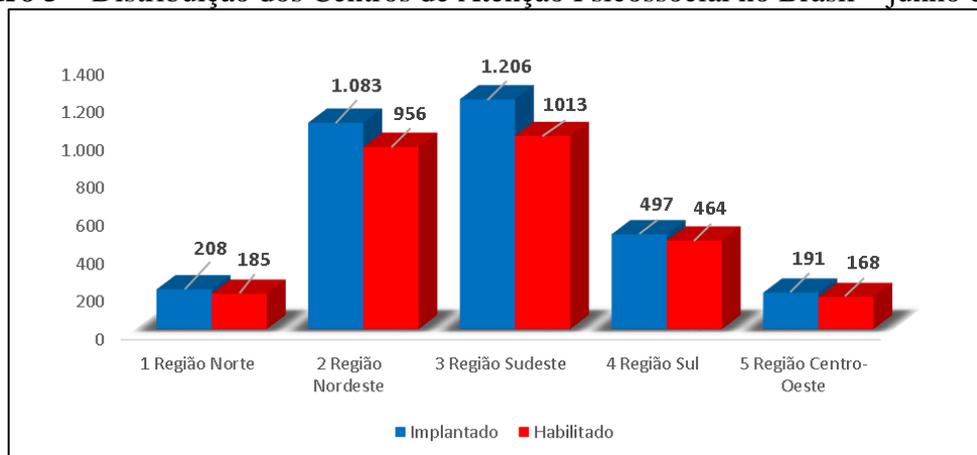
Ao longo de três décadas, o processo da reestruturação da assistência em saúde mental no Brasil produziu um modelo assistencial que diminuiu significativamente o número de leitos em hospitais psiquiátricos ao mesmo tempo em que foi construída uma ampla rede de serviços de saúde mental de caráter comunitário. Para Lancetti e Amarante (2012, p. 622), inspirado pela reforma psiquiátrica italiana, o modelo brasileiro preconizou o “[...] fechamento do hospital psiquiátrico e sua substituição por serviços territoriais”. Esses autores afirmam terem ocorrido “rupturas com o paradigma psiquiátrico e não simplesmente melhorias ou transformações” (idem, ibidem). Dos 430 hospitais psiquiátricos existentes no Brasil em 1981, restavam 167 em 2015 (BRASIL, 2015, p. 27), uma diminuição de aproximadamente 61% das instituições existentes no ápice do modelo hospitalocêntrico. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) mostra que em junho de 2021<sup>20</sup> havia 30.646 leitos registrados na ‘especialidade psiquiatria’, dos quais 17.880 eram leitos SUS e 12.766 eram leitos ‘não-SUS’; os leitos SUS estão distribuídos em onze diferentes modalidades de serviços hospitalares e não hospitalares. Dos 17.880 leitos psiquiátricos 13.425 estão instalados nos 112 hospitais psiquiátricos vinculados ao SUS. Esses dados serão aprofundados no tópico 7.1 e nos gráficos 5 e 6 a seguir.

---

<sup>20</sup>Quantidade existente, Quantidade SUS, Quantidade Não SUS segundo Região/ Especialidade detalhada: Psiquiatria. Período: junho/2021. Link: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def> . Acessado em 30/06/2021

Mesmo com todo esforço, já que se diminuiu 4/5 dos leitos existentes na década de 1980, verifica-se que o propósito do descredenciamento da totalidade dos hospitais psiquiátricos do SUS não foi alcançado. Por outro lado, a expansão do número de CAPS continua ocorrendo, mas, desde 2016, tem havido redução do incremento anual em número de serviços. Em junho de 2021, o CNES<sup>21</sup> registrava 3.185 serviços implantados e 2.786 habilitados, distribuídos nas cinco regiões como observado no quadro abaixo.

**Quadro 5** – Distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil – junho de 2021



Fonte: CNES (2021)

Nesse gráfico vê-se uma diferença entre o número de serviços implantados e o número de serviços habilitados. Há mais serviços implantados que habilitados, o hiato nesse rintervalo de tempo é de 399 serviços. Esse comparativo nacional permite mostrar que há diferenças na cobertura e na proporção do número de CAPS por grupo de 100.000 habitantes. A expansão desses serviços conta com a disponibilidade das gestões locais. Há constantes impasses entre as exigências em âmbito federal e a capacidade de resposta dos estados e municípios. A unidade federativa que possui o maior número absoluto de CAPS é o estado de São Paulo com 455 serviços habilitados. Os estados do Acre e do Amapá possuem o menor número desses serviços com 7 unidades em cada. Em dezembro de 2020, a Bahia estava na terceira posição em nível nacional com 289 unidades implantadas e 264 habilitadas Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sistema de informação do Ministério da Saúde<sup>22</sup>. Aqui os números absolutos são apenas ilustrativos. A

<sup>21</sup> CNES - Estabelecimentos por Tipo – Brasil. Quantidade por Região. Tipo de Estabelecimento: Centro de Atenção Psicossocial. Período: junho/2021. Link: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>. Acessado em 30/06/2021

<sup>22</sup> CNES. Quantidade segundo Unidade da Federação. Tipo de Estabelecimento: Centro de Atenção Psicossocial. Período: jun/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>

medida mais fidedigna para avaliar a cobertura de serviços deve considerar os números relativos, ou seja, número de serviços X número de habitantes. Esses dados serão aprofundados no tópico 7.1.3 a seguir.

A avaliação da RAPS é, ao mesmo tempo, um desafio e uma necessidade. O Brasil ainda não consolidou uma cultura de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde mental. Se, por um lado, os dados sobre a expansão da RAPS apontam que houve expansão satisfatória de alguns pontos de atenção, por outro lado há vários pontos de atenção que têm importantes déficits, como é o caso dos leitos em hospital geral, Unidades de Acolhimento, CAPS III, etc. Além disso, ainda há carência de estudos sobre efetividade da reinserção psicossocial, governança, mecanismos de financiamento, etc. Para Onocko-Campos (2019, p. 2), “a avaliação da rede de saúde mental brasileira ficou aquém da expansão dos serviços”. Entre 2015 e julho de 2021 a CGSMAD não publicou nenhum relatório com dados sobre atualização da política de saúde mental. Em 2021 essa Coordenação publicou algumas informações sem análises e em alguns aspectos divergentes dos demais sistemas de informação do próprio Ministério da Saúde. Para o presente estudo priorizou-se os dados do CNES porque permitiram construir séries históricas ininterruptas dos últimos 20 anos, embora alguns dados tenham sido obtidos a partir dos poucos relatórios produzidos pela CGSMAD.

A carência de avaliação e monitoramento se reflete no cenário baiano. Desde a aprovação da Lei 10.216, ocorreram várias tentativas de constituir uma política de saúde mental tanto para o estado da Bahia quanto para a cidade de Salvador. A última tentativa agenciada pela SESAB em 2017, denominada de “Plano de Desinstitucionalização da Bahia”, publicada na Portaria SESAB nº 352/2019, permanece sem avaliação até dezembro de 2021. A Resolução nº 139 do ano de 2018 acordada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) da Bahia definiu as diretrizes estaduais que deveriam orientar o processo de implantação do ‘novo modelo de atenção em saúde mental’ no estado. Nesse documento, o quinto eixo previa exatamente o monitoramento e avaliação da política. Não há registros oficiais de que essa meta tenha sido cumprida. Diante da necessidade de produzir informações sobre a configuração do modelo da assistência em saúde mental na Bahia, considerando a trajetória de evolução da política, os rumos adotados e as conformações alcançadas, as construções e as lacunas assistenciais, o tópico 8 a diante fará uma caracterização do processo de implantação da política de saúde mental na Bahia.

## 4 – Hipótese

Uma leitura exploratória preliminar nos instrumentos da gestão da política de saúde mental em âmbito estadual da Bahia permite identificar que há significativo descompasso entre o que está previsto nos documentos do seu planejamento de saúde e o que efetivamente foi implantado da política preconizada. Esse hiato se torna ainda mais evidente quando a evolução da política na Bahia é comparada com o que está previsto na política em âmbito nacional. Essa foi a evidência que instigou esse estudo, que busca fazer uma análise da implantação da política de saúde mental, álcool e outras drogas na Bahia de 2001 a 2021.

Considera-se que a implantação de uma política, ou seja, a transferência de uma intervenção para o plano operacional, é determinada por um conjunto de fatores entre os quais inclui-se o próprio contexto onde a intervenção ocorre. De acordo com Champagne *et al.* (2011c, p. 225) “o contexto não apenas modifica uma intervenção como também contribui diretamente para o processo de implantação (barreiras à implantação ou fatores facilitadores). A fronteira entre uma intervenção e seu contexto é, por vezes, extremamente tênue”. O contexto deve ser entendido como uma trama entre o espaço social, o ambiente político, os atores operadores, os jogos de poder institucional e o cenário onde a intervenção ocorre. O contexto de implantação é marcado por jogos políticos e contraste de interesses entre diferentes atores sociais. Há uma consistente literatura específica para o subsídio da análise da implantação de programas a partir do estudo da dimensão política do contexto que, de acordo com Denis e Champagne (1997, p. 66), constata que a implantação de intervenções evolui a partir dos jogos de poder organizacional, cujo resultado constitui um ajuste às pressões internas e externas.

No estudo do contexto de implantação o *modelo político* busca compreender a dialética da relação entre a estrutura e o arranjo do poder no interior das organizações e considera que o alcance dos objetivos relativos a uma determinada intervenção depende da característica do suporte dado pelos atores dominantes para a consecução dos objetivos previstos. Trata-se de compreender qual o ‘jogo’ do governo como principal ator no processo de operacionalização de uma política, considerando também as pressões exercidas pelos demais agentes sociais envolvidos na disputa de uma intervenção ou política. Tendo em conta o governo como esse ator principal, a análise da implantação de uma intervenção pode buscar entender quais são seus predicados e como atua no processo

da implantação. Desse modo, pode-se investigar as características do plano de ação ou plano de governo, a capacidade de condução do plano e a governabilidade da política que, para Matus (1996), são componentes determinantes para operacionalização de uma política.

Constatando que a política de saúde mental na Bahia teve evolução tardia, considerando as lacunas assistenciais e organizacionais existentes atualmente, a hipótese que norteia esta pesquisa considera que *a gestão estadual da política de saúde teve baixa capacidade de indução para a mudança do modelo assistencial de uma política complexa como a política de saúde mental*. A baixa capacidade político-gerencial compromete negativamente a transferência de uma política para o plano operacional. Aqui, portanto, tem-se por dedução a pressuposição de que a baixa capacidade de direção ou condução do plano ação da política - baixa capacidade de gerenciamento, de fomento, de administração e de controle dessa política-, produziu como consequência um modelo assistencial misto com presença de hospitais psiquiátricos, com desarticulação entre os componentes da RAPS em âmbito local e/ou regional e com lacunas estruturais na assistência.

## **5 - Metodologia**

### **5.1 - Fundamentação teórico-metodológica**

A avaliação em saúde admite uma diversidade de recortes da realidade bem como dispõe de um vasto instrumental metodológico. Vieira-da-Silva (2005, p. 20) afirmou que a diversidade de matrizes existentes na avaliação dos sistemas de saúde revela, por um lado, a diversidade no campo das pesquisas; mas, por outro lado, revela também o pequeno grau de consenso. É necessário explicitar as escolhas técnicas que carregam em si as opções teóricas adotadas, os métodos e os instrumentos de trabalho com os quais as camadas da realidade foram escavadas. Em função das diferentes ‘capacidades’ instrumentais é necessário que as ‘ferramentas’ ou métodos estejam suficientemente adequados para responder aos objetivos do estudo. Por conta dessa condição, esse tópico se destina a fundamentação das escolhas metodológicas que guiam esta pesquisa. Aqui serão apresentadas as bases teóricas que subsidiam os métodos escolhidos os quais serão expostos no delineamento metodológico a ser detalhados nos tópicos seguintes.

#### **5.1.1 - A avaliação de políticas de Saúde**

A avaliação em qualquer das áreas de aplicação é uma atividade que acompanha a evolução da humanidade na busca do aprimoramento das práticas organizacionais, dos ‘fazeres’ cotidianos ou como guia para o refinamento das escolhas. De algum modo contribui sensivelmente para a consolidação dos processos evolutivos. A avaliação faz parte de uma condição fundamental para a produção de sentidos sobre o que se fez – numa dimensão retrospectiva- com intuito de que o conhecimento daí decorrente possa auxiliar o infindável processo de refinamento das atividades humanas –numa dimensão prospectiva-; isto é válido desde as mais simples até mais complexas ações.

Inserida nas mais diferentes áreas, a avaliação de intervenções sociais feita com base em parâmetros sistemáticos é um advento cujos primeiros registros são bastante antigos. Dubois, Champagne & Bilodeau (2011, p. 19) mencionam evidências de que há cerca de quatro mil anos o recrutamento para os ‘funcionários públicos’ na China já ocorria a partir de processos de avaliação. Muito embora a sofisticação dos processos de avaliação tenha sido lapidado ao longo de milênios, a historiografia moderna da avaliação no contexto do ocidente tem início do século XVIII com o progressivo

processo de modernização das sociedades em decorrência da consolidação do pensamento científico e do refinamento dos métodos de pesquisa social, o que tornou possível a implementação de transformações sociais em diferentes áreas como a política, a economia, a educação, etc. Contudo, esses autores consideram que as “primeiras verdadeiras avaliações” passaram a ser feitas a partir do século XIX no continente europeu como efeito da revolução humanista e intelectual do ‘*Século das Luzes*’, que consagrou a racionalidade científica e viabilizou a construção de importantes ferramentas para tornar possível o conhecimento sobre o mundo a partir de procedimentos investigativos sistematizados.

Com a expansão das políticas sociais ao longo das primeiras décadas do século XX, a avaliação foi se tornando fundamental para os operadores e decisores das políticas públicas. Contandriopoulos *et al.* (1997, p. 29) afirmaram que “após a Segunda Guerra Mundial apareceu o conceito de avaliação dos programas públicos”. Ao denominar período de “Expansão” ao intervalo decorrido entre 1957 e 1970, Dubois, Champagne & Bilodeau (2011, p. 31) reforçam essa constatação acrescentando que “nesse contexto, a avaliação surge como uma necessidade. Ela deve servir para conceber os programas, racionalizar o planejamento e a atribuição dos recursos públicos e assegurar a imputabilidade”. A ‘expansão’ das aplicações e das tecnologias avaliativas consolida a avaliação como uma ferramenta capaz de aferir o mérito, o valor, o alcance e a pertinência dos programas sociais. Os avaliadores ganharam legitimidade para julgar as qualidades de uma ação política a partir da exploração sistematizada de seus objetivos e resultados. A avaliação passou ser inserida em diferentes espaços no setor público e no setor privado. Esses autores concluem que “a multiplicação dos programas sociais, os investimentos massivos que demandam, as numerosas interrogações quanto à eficácia desses programas e o reconhecimento das possibilidades oferecidas pela pesquisa social contribuem para conferir legitimidade à avaliação [...]” (idem, *ibidem*)

A avaliação se configura atualmente como a resultante de um conjunto de esforços e tensões que, ao longo dos últimos dois séculos, precipitaram a constituição das diferentes formas de investigar um fenômeno. Formulou-se nesse processo um vasto repertório de métodos e técnicas destinadas à exploração e julgamento das intervenções e programas sociais. Tal evolução consolidou a avaliação como uma condição *sine-qua-non* para o campo das políticas públicas, tornando-a uma *etapa* indispensável para o aprimoramento de uma política ou de um programa social.

A implantação dos grandes programas de saúde para grandes populações, as mudanças na forma de arrecadação de impostos, a diminuição do crescimento econômico e a expansão dos gastos públicos com as políticas do *welfare state* tornaram inevitável a adoção de mecanismos de avaliação desses programas. A avaliação das ações sanitárias se tornou um imperativo após a Segunda Guerra Mundial. Para Contandriopoulos *et al.* (1997, p. 30), “nesse contexto, a necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde é considerável e a avaliação parece ser a melhor solução”. Para Dubois, Champagne e Bilodeau (2011, p. 31), a “avaliação surge como uma necessidade. Ela deve servir para conceber os programas, racionalizar o planejamento e a atribuição dos recursos públicos e assegurar a imputabilidade”.

Considerando o contexto brasileiro, Onocko-Campos e Furtado (2011, p. 12) afirmam que “temos um sistema público de saúde suficientemente consolidado para ser avaliado e, por outro lado, jovem e flexível o bastante para ser moldado com base em distintas fontes, dentre as quais incluímos a avaliação de programas e serviços”. A construção de uma nova cultura assistencial, as constantes mudanças nas diretrizes políticas, a inovação, os impasses e dificuldades demandam constante processo de investigação. Desse modo, surge “[...] a necessidade do processo avaliativo, se possível permanente, em forma de monitoramento e de momentos de inflexão profunda (MINAYO, 2008, p. 17). É nesse sentido que a avaliação pode ser uma ferramenta potente para facilitar a tomada de decisão no campo político, fazendo com que esse ato seja cada vez mais fundamentado na sensibilidade das evidências disponíveis. Para Deslandes (2008, p. 68), a avaliação é um recurso cada vez mais presente nas diferentes áreas das funções públicas em programas e serviços do Estado, da administração à saúde coletiva.

Bosi e Mercado-Martinez (2011, p. 41) atestam o aumento da importância do fortalecimento das políticas no setor saúde, considerando que os programas e os sistemas de saúde estão sendo aperfeiçoados. Contudo esses autores criticam a inadequação da utilização de metodologias avaliativas restritas à dimensão de eficácia e eficiência no que diz respeito à avaliação de programas e sistemas que se pautam em valores como democracia e a inclusão, “uma vez que eles não dão conta dos valores que inspiram o referido movimento”. Por sua vez, Passos *et al.* (2008, p. 210) entendem que a avaliação também cumpre uma função política, “o que está em jogo é a proposição de uma política de avaliação em saúde, implicando, a nosso ver, uma posição crítica que garanta a dimensão pública das políticas de governo e/ou Estado [...]”.

A etapa da avaliação é uma das fases ou momentos comuns entre as teorias que se dedicam a formular o ‘ciclo da política’ (*policy cycle*). Lasswel (1971, apud Howlett, Ramesh e Perl, 2013, p. 13) dividiu o ciclo da política em sete estágios que são os seguintes: (1) informação (*intelligence*), (2) promoção, (3) prescrição, (4) inovação, (5) aplicação, (6) término e (7) **avaliação**. Uma sugestão mais curta referente a um ciclo político-administrativo foi formulada por Gary Brewer (1974, apud HOWLETT, RAMESH & PERL, 2013, p. 14) a qual propõe que o ciclo é composto por seis estágios: (1) invenção/iniciação, (2) estimativas, (3) seleção, (4) implementação, (5) **avaliação**, (6) término. Por outro lado, Howlett & Ramesh (apud, TEIXEIRA & SILVEIRA, 2016, p. 56) construíram o *improved model* no qual sintetizaram os estágios do processo da política em cinco momentos: 1) montagem da agenda; 2) formulação da política; 3) tomada de decisão; 4) implementação e 5) **avaliação**. Em qualquer referência ou matriz teórica, há o consenso sobre a necessidade da prática da avaliação como uma das etapas constitutivas para instrumentalização dos formuladores e/ou decisores da política. Por esse motivo, para Champagne *et al.* (2011a, p. 41) “a avaliação em saúde constitui um dos melhores mecanismos para responder às necessidades de informação dos decisores, que devem justificar suas escolhas para públicos cada vez mais exigentes”.

Para Contandriopoulos *et al.* (1997, p. 31), a avaliação corresponde ao estabelecimento de um “julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão”. Para Vieira-da-Silva (2014, p. 16), a avaliação em saúde corresponde a um dispositivo de “julgamento que se faz sobre uma intervenção sanitária (política, programa ou prática), voltada para resolução de problemas de saúde, visando a aferir o mérito, esforço ou valor da referida intervenção ou do seu produto, para o seu aperfeiçoamento ou modificação”.

Weiss (1972, apud CHAMPAGNE *et al.*, 2011, p. 43) considera que se trata do exame sistemático “do *funcionamento* e (ou) dos *resultados* de um programa ou de uma política em função de critérios *explícitos* ou implícitos, de modo a *contribuir para a melhoria* do programa ou da política”. Esse autor acrescenta um aspecto importante na noção de avaliação na medida em que faz alusão ao ‘funcionamento’ do processo, não apenas aos objetivos materializados nos resultados. Portanto, a avaliação pode estar atenta também à processualidade de uma política ou programa e, assim, encontrar as pistas que poderão permitir seu aperfeiçoamento.

Howlett, Ramesh & Perl (2013, p. 15) compreendem que o exercício de avaliação de uma política “[...] se refere aos processos pelos quais tantos os atores estatais como os

societários monitoram os resultados das políticas, podendo resultar daí em uma reconceituação dos problemas e das soluções político-administrativas”.

Para Furtado & Vieira-da-Silva (2016, p. 23) avaliar programas sociais pressupõe uma “a abordagem sistemática de determinadas práticas sociais (saúde incluída), visando realizar um julgamento dentre muitos possíveis – o que equivale a reconhecer que há muitas outras formas de estabelecer juízos em tornos das práticas em saúde”. Guba & Lincoln (2011, p. 27) dizem que “não existe nenhuma forma ‘correta’ de definir avaliação, pois, se fosse possível encontrar esse sentido, isso poria fim, de uma vez por todas, à discussão acerca de como a avaliação deve ser conduzida e sobre quais são seus propósitos”.

Diante da abundância de possibilidades metodológica e teórica que podem fundamentar um processo de avaliação, Vieira-da-Silva (2005, p. 15) reconhece que a avaliação está presente em diferentes lugares no espaço social das atividades humanas, mas que “as suas diversas possibilidades de expressão, nesses diferentes campos, têm gerado uma polissemia conceitual e metodológica que torna obrigatório, tanto para o gestor quanto para o pesquisador, uma explicitação das suas opções teóricas e técnicas”.

Sem desconsiderar a abrangência dos recortes teóricos do conceito, Vieira-da-Silva (2014, p. 15) considera que as diversas “concepções sobre avaliação e seu amplo espectro no que diz respeito aos objetos e métodos podem ser sintetizadas em uma definição abrangente segundo a qual a avaliação pode ser considerada como um dos tipos possíveis de julgamento que se faz sobre as práticas sociais”.

A diversidade na área da avaliação é ao mesmo tempo um tesouro e um desafio. Vieira-da-Silva (2005, p. 20) considera que tal “diversidade reflete, por um lado, o estágio incipiente de desenvolvimento da avaliação enquanto disciplina científica e a natureza e abrangência do campo da avaliação que comporta uma multiplicidade de possibilidades de recorte do real”. Em face desse desafio é mister que as escolhas teóricas e técnicas sejam estabelecidas, o que de certo modo reflete a posição do pesquisador, sua trajetória social e suas apostas epistemológicas.

É imperiosa a necessidade de avaliar os processos da reforma psiquiátrica. A evolução, a dinâmica, os fluxos assistenciais, os estrangulamentos, as incompletudes, os alcances e a conjuntura que se produzem em cada novo giro da espiral dos acontecimentos processuais. Aspira-se posicionar “a avaliação como parte do discurso e da política”, como disse Campos (2011, p. 15). A avaliação tem se tornado um recurso auxiliar cada vez mais importante. Trata-se de um dos mais significativos recursos para superação de impasses

nas zonas de conflito em processos gerenciais na medida em que pode balizar melhor as escolhas ou decisões dos gestores.

### **5.1.2 - Tipologia de análise: Pesquisa avaliativa sobre políticas sociais**

O estudo aqui proposto caracterizou-se como uma pesquisa avaliativa cuja finalidade foi fazer uma análise da implantação da política de saúde mental no estado da Bahia. Essa pesquisa buscou descrever a processualidade, os objetivos alcançados ou não e, fundamentalmente, identificar os fatores contextuais que favoreceram ou obstaculizaram tal processo. O corte de tempo aqui proposto foi o intervalo entre os anos de 2001 e 2021, considerando que em 2001 foi promulgada a Lei Federal 10.216 que reorientou a assistência em saúde mental em âmbito nacional.

O estudo se caracteriza como uma pesquisa *ex-post* referente a uma intervenção ou implantação da referida política de saúde. A pesquisa avaliativa permite “analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa [...]” (CONTANDRIOPOULOS *et al.* 1997, p. 37). Para Vieira-da-Silva (2014, p. 55) essa modalidade de pesquisa busca identificar os vínculos “entre os diferentes componentes de uma intervenção [...], tem por objetivo analisar a pertinência, a lógica, a produtividade, os efeitos e a eficiência de uma intervenção, bem como as relações existentes entre a intervenção e o contexto em que se desenrola”. Para Minayo (2005, p. 25), a ‘investigação avaliativa’ tem os fundamentos científicos assegurados e acrescenta os elementos contextuais como parte integrante da avaliação. Vieira-da-Silva (2005, p. 15), referindo-se a Rossi e Freeman, define-a “[...] como a aplicação sistemática dos procedimentos oriundos da investigação em ciências sociais para analisar programas de intervenção”. Minayo (2005, p. 23) entende que uma pesquisa avaliativa se caracteriza por fazer o agenciamento de um “conjunto de atividades técnico-científicas ou técnico-operacionais que buscam atribuir valor de eficiência, eficácia e efetividade a processos de intervenção em sua implantação, implementação e resultados”.

A implantação de uma política é, como disseram Denis e Champagne (1997, p. 51), “a transferência, em nível operacional, de uma intervenção por si”. O conceito de ‘intervenção’ possui diversos sentidos e distintos tratamentos na literatura do campo da avaliação de políticas. Champagne *et al.* (2011, p. 45), ao fazerem aproximações com Rocher (1972), Parsons (1977), Bourdieu & Wacquant (1992), consideram que:

uma intervenção pode ser concebida como um sistema organizado de ação que visa, em um determinado ambiente e durante um determinado período, a modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática. Em todo sistema organizado de ação são encontrados cinco componentes: uma estrutura, atores individuais e coletivos e suas práticas, processos de ação, uma ou várias finalidades, e enfim, um ambiente.

De acordo com Teixeira e Silveira (2016, p. 120), “uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios físicos, humanos, financeiros e simbólicos organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”. Para Champagne *et al.* (2011b, p. 61), seja como programa ou como política, a intervenção deve ser considerada como sendo

um sistema organizado de ação que inclui, em um determinado ambiente: agentes (os atores); uma estrutura (o conjunto dos recursos e das regras, que escapam ao controle dos atores); o processo (relações entre os recursos e as atividades) e um objetivo (o estado futuro para a qual o processo da ação é orientado).

Vieira-da-Silva (2014, p. 46) considera que a estrutura de uma intervenção é composta por três dimensões interdependentes, quais sejam: 1) uma dimensão física; 2) uma dimensão organizacional e, 3) uma dimensão simbólica. A dimensão física diz respeito ao conjunto (volume e estrutura) dos diferentes recursos postos em movimento para tornar possível a intervenção. Entre esses recursos encontram-se os recursos financeiros, os recursos humanos, os recursos materiais e os recursos informacionais. A dimensão organizacional diz respeito ao aparato legal (leis, regimentos, regras administrativas) que define a divisão e o intercâmbio dos recursos (do dinheiro, do poder, da influência e dos compromissos). Trata-se das “regras do jogo” do sistema. Por fim, a dimensão simbólica equivale ao esquema de percepção dos atores constituído pelas crenças, valores e representações que possibilitam a comunicação e a produção de sentidos para os atores envolvidos na intervenção.

A intervenção é uma ação por meio da qual se pretende mudar o curso de um fenômeno (situação social) considerado problemático. O principal objetivo da intervenção é precisamente a tentativa de incidir na causa da ‘situação problemática’, visando produzir mudanças no curso de evolução do acontecimento. Com isso, espera-se interromper ou corrigir a situação considerada problemática. A intervenção se materializa na forma de políticas, programas e ações. Nesse sentido, a avaliação aplicada às intervenções sociais (políticas, programas) corresponde à adoção de um conjunto de procedimentos sistematizados cientificamente com a finalidade de investigar a execução da intervenção; seja o processo ou seja a adequação dos resultados.

Diante do exposto, o presente estudo averiguou “a transferência, em nível operacional”, da intervenção planejada, que tinha por objetivo alterar o destino da política de saúde mental tradicionalmente centrada nos hospitais psiquiátricos considerados como um grande problema do ponto de vista sanitário, ético, jurídico, filosófico, econômico, etc. Cabe, destarte, uma análise dos desdobramentos dessa ‘intervenção política’ que preconizou a instituição de um conjunto de serviços, ações e práticas na busca por transformar profundamente a realidade do modelo assistencial, rompendo e ‘desmontando’ o modelo considerado problemático ao passo em que simultaneamente buscou construir respostas técnico-assistenciais condizentes com os novos valores no campo das políticas de saúde do final do século XX.

### **5.1.3 - Sobre a Análise da Implantação**

A implantação corresponde ao momento de operacionalização de uma intervenção. Seguindo a lógica do ‘ciclo da política’, considera-se que uma situação problemática só terá atenção adequada quando da sua entrada na agenda política. Após a identificação do problema, devem ser empreendidos esforços com o intuito de formular uma política que contenha as possibilidades de solução para o problema identificado. Ao se decidir os objetivos e caminhos a serem seguidos no curso da ação, a etapa subsequente é a *implantação* da política que corresponde ao momento da aplicação da energia gerencial para operacionalizar a ação anteriormente decidida. Howlett, Ramesh e Perl (2013, p. 179) compreendem que a *implantação* de uma política corresponde ao “esforço, os conhecimentos e os recursos empregados para traduzir as decisões políticas em ação”; trata-se de colocar em prática a decisão política.

A implantação de uma política demanda a mobilização de uma importante quantidade de recursos materiais, de recursos financeiros e de pessoas que atuam desde o momento do planejamento até a sua operacionalização. Em geral, pode-se constatar que “depende de uma multiplicidade de agentes sociais que, frequentemente, interpretam os objetivos de forma diferenciada, modificam as ações – a depender de sua experiência anterior-, podendo mesmo opor resistências ao seu desenvolvimento por razões variadas” (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 86).

Howlett, Ramesh e Perl (2013, p. 182) afirmam que, até a década de 1970, a literatura especializada não considerava problemática essa fase do ‘ciclo da política’. As pesquisas minimizavam ou ignoravam as ciladas dessa etapa do ‘ciclo da política’. No

entendimento de Denis e Champagne (1997, p. 52) o “processo de implantação de uma intervenção representa uma etapa distinta e posterior à decisão de adotar uma mudança. Ele se refere à operacionalização de um projeto, isto é, à sua integração a um dado contexto organizacional”. Uma vez que a implantação de uma política pressupõe o agenciamento de esforços para ativar processos de mudança, esta encontra um conjunto de obstáculos na realidade. Champagne *et al.* (2011c, p. 217) afirmam que a noção de ‘mudança’ tem uma ampla possibilidade de sentidos e de níveis de ocorrência podendo ser aplicada a um vasto leque de intervenções; assim, “sua complexidade, sua eficácia potencial e a facilidade de sua implantação variam. Uma visão geral do estado da arte leva a acreditar que pelo menos a metade das tentativas de instauração de mudança não são adequadas ou não produzem os resultados esperados”.

A implantação de uma política não acontece num ambiente laboratorial onde todas as variáveis intervenientes podem ser controladas. Não se trata de um movimento de curso livre em linha reta numa estrada sem acidentes ou obstáculos. Ao contrário, o contexto onde a intervenção é implantada tem suas próprias exigências, formas e forças. Champagne *et al.* (2011c, p. 225) enfatizam a relevância dos fatores contextuais afirmando que “o contexto não apenas modifica uma intervenção como também contribui diretamente para o processo de implantação (barreiras à implantação ou fatores facilitadores). A fronteira entre uma intervenção e seu contexto é, por vezes, extremamente tênue”.

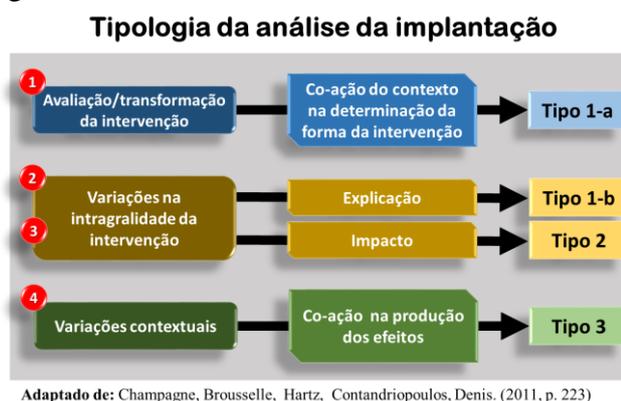
É precisamente aqui que a *análise da implantação* se torna um recurso imprescindível para a avaliação das políticas sociais. Vieira-da-Silva (2005, p. 26) afirma que “análises de implantação são muito relevantes para a avaliação de programas de saúde, porque permitem ao investigador estudar os processos relacionados à operacionalização dos mesmos”. De acordo com Champagne *et al.* (2011, p. 59), a análise de implantação tem como foco “as relações entre a intervenção, seus componentes e o contexto, em comparação com a produção dos efeitos”. Corroborando com essa perspectiva, Denis e Champagne *et al.* (1997, p. 55) afirmam que a análise da implantação se destina “ao estudo dos determinantes e da influência da variação na implantação nos efeitos trazidos pela intervenção. Ela visa, por último, entender as condições de implantação das intervenções e os processos de produção dos efeitos”.

Para Hartz e Vieira-da-Silva (2005, p. 11), a análise de implantação “se torna particularmente importante quando a intervenção é complexa, com múltiplos componentes, e contingencial”. Esta é uma característica muito particular da política de saúde mental: por um lado, a complexidade dos componentes (atores, serviços, ideologias, etc.); por outro

lado, importantes variações de contexto (valores, representações sobre loucura, forças políticas, etc.). Para Vieira-da-Silva (2014, p. 86) a importância da avaliação da implantação relaciona-se com a complexidade de fatores que influenciam a gestão das instituições de saúde, o que resulta em grande variabilidade na implantação de políticas e programas de saúde. Por isso, a escolha dessa abordagem permite identificar não só o que se produziu em termos de implantação, mas principalmente identificar o processo, a dinâmica, as forças e os contextos.

Champagne *et al.* (2011a, 2011b) propõem uma tipologia para análise da intervenção a fim de dotar de precisão metodológica os diferentes caminhos e finalidades das análises de implantação. Essa tipologia é composta por um quadro composto por quatro seguimentos.

**Figura 1** – Tipologia de análise

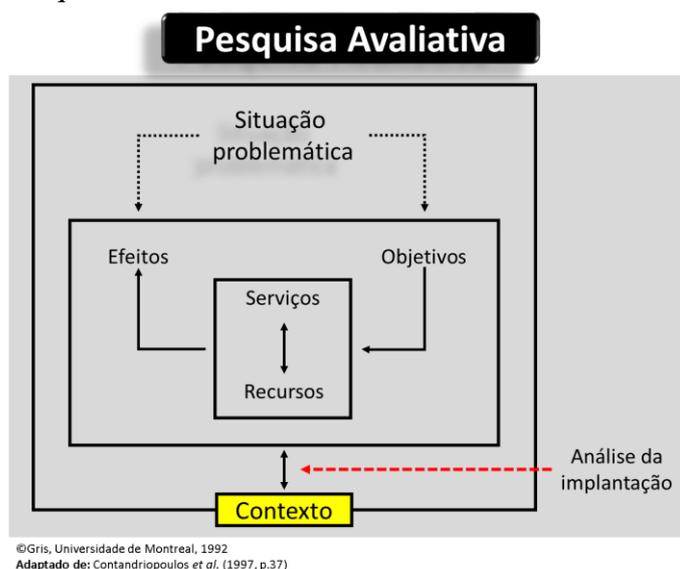


De acordo com esses autores, as análises da implantação ‘Tipo 1-a’ explicam as variações sofridas pela intervenção ao longo do tempo. Trata-se de uma análise de natureza processual na qual se busca elucidar o processo de transformação com a identificação as relações causais que provocaram as modificações relacionando tais causas a um determinado contexto. A análise da implantação ‘Tipo 1-b’ busca identificar como o contexto da implantação influenciou o grau de implantação obtido, ou seja, esquadrinha a diferença entre a intervenção conforme foi planejada e aquela que efetivamente foi implantada (analisa os determinantes contextuais da implantação). A análise ‘Tipo 2’ tenta explicar de que modo as variações da implantação influenciaram os efeitos observados na intervenção, considera a contribuição dos componentes do programa para efeitos produzidos (analisa a influência da variação na implantação). O

‘Tipo 3’ é a “análise da interação, sinérgica ou antagonista, entre o contexto e a intervenção em relação à produção de efeitos”. (CHAMPAGNE, 2011a, p. 60).

Uma representação esquemática do desenho metodológico da pesquisa avaliativa pode ser vista na figura abaixo adaptada de Contandriopoulos *et al.* (1997). A ênfase aqui será dirigida para a análise da implantação por ser o que efetivamente interessa para a presente pesquisa.

**Figura 2** – Pesquisa avaliativa



Nesse esquema gráfico é possível observar a interligação dos elementos que compõem a intervenção em uma ‘situação problema’ e o contexto onde foi aplicada. A pesquisa avaliativa representada nesse esquema permitiria construir diversos tipos de ‘análises’ tais como: (a) análise estratégica, que avalia a pertinência da intervenção, ou a adequação entre a intervenção e a situação problema; (b) a análise da intervenção que prioriza o estudo da relação entre os objetivos da intervenção e os meios utilizados para operacionalizar a intervenção; (c) análise da produtividade, que tem por objetivo averiguar a forma como os recursos são empregados para produzir os serviços pretendidos; (d) a análise dos efeitos, que busca identificar de que modo o serviço prestado modificou o estado de saúde de uma população; (e) a análise dos rendimentos ou da eficiência, que visa encontrar a relação entre os recursos usados e os efeitos obtidos; (f) por fim, a análise da implantação, destacada acima, que se destina ao estudo entre a intervenção e o contexto, buscando determinar quais fatores contextuais

(políticos, simbólicos, etc.) exerceram influência nos processos e nos resultados da intervenção. É essa a modalidade de análise que será realizada aqui.

A análise da implantação pode ser uma metodologia adequada para superação de impasses comumente construídos pelo senso comum. Intervenções que não obtiveram êxito pleno correm o risco de serem equivocadamente consideradas malogradas; num sentido simplista: ou tudo, ou nada.

### Contexto da implantação

É consenso na literatura especializada que a análise da implantação é uma prática avaliativa que permite investigar as relações de entrelaçamento entre a intervenção (política/programa) e o contexto onde ocorre. O reconhecimento da influência do contexto é um ponto de consenso tanto quanto uma inflexão, porém a noção de ‘contexto’ é polissêmica. Segundo Vieira-da-Silva (2005, p. 91), com frequência “a noção de contexto é muito usada como senso comum e tem sido pouco desenvolvida teoricamente”. Essa autora sugere que a noção de contexto deve estar atrelada a uma “teoria social” que seja capaz de auxiliar a realização da própria análise. De certo, a noção de contexto não se reduz à ideia de espacialidade geográfica. Champagne *et al.* (2011c, p.219) identificam alguns componentes imprescindíveis para definir o significado do termo contexto ao afirmarem que este “pode ser descrito com base em suas dimensões simbólicas, organizacionais e físicas”.

Howllet, Ramesh e Perl (2013, p. 57) alertam para a necessidade de se produzir uma análise técnica das políticas, garantindo a conexão com o contexto social e político onde a política foi implantada. Esses autores sugerem que é preciso extrair algum sentido do contexto particular para que seja possível a obtenção de *insights*. Afirmam ainda que há clareza da existência de “[...] intrincadas relações entre alguns fatores críticos geralmente aceitos, que afetam o desenvolvimento da política, a saber, atores, instituições e ideias”.

Na continuidade dos esforços para abarcar a noção de contexto Champagne *et al.* (2011a, p. 47) acrescentam que “por ambiente da intervenção, entende-se os contextos físicos, jurídico, simbólico, histórico, econômico e social que estruturam o campo em que a intervenção é implementada, bem como todos os outros sistemas de ação organizados com os quais ela interage”.

Howllet, Ramesh e Perl (2013, p. 60) afirmam que nas sociedades modernas as políticas públicas se desenvolvem em um cenário estruturado por metainstituições. O ponto

de partida para a análise da política é o contexto político-econômico onde a política se desenvolve. Duas metainstituições recebem destaque: o *capitalismo* e a *democracia*. Para esses autores, “essas duas instituições fundamentais merecem atenção particular, não apenas porque influenciam os *policy-makers*, mas também porque não são intrinsecamente compatíveis e, por isso, precisam ser de alguma maneira constantemente reconciliadas [...]”. Além dessas duas metainstituições há também a instituição ‘Estado’. Para que seja possível gerar e implementar as políticas de modo eficaz é necessário que o Estado esteja organizado. Além disso, é preciso contar com a colaboração de diferentes agentes sociais proeminentes. O modelo político adotado e a forma de organização do Estado têm impacto determinante na “capacidade política do Estado e no modo como os Estados produzem e implementam políticas e seus *outcomes*” (idem, p. 67). No que diz respeito aos ‘atores políticos’ envolvidos com a formulação e implantação de uma política pública, os referidos autores citam os “conjuntos de atores políticos que exercem alguma influência sobre os processos e *outcomes* de uma política pública” (idem, p. 69), são eles: 1) os políticos eleitos; 2) o público [eleitores, a ‘opinião pública’]; 3) a burocracia [os funcionários do subsistema político-administrativo, o executivo]; 4) os partidos políticos; 5) os grupos de interesse e/ou pressão [grupos organizados que advogam por interesses econômicos ou não, valores sociais, prestígio, etc.]; 6) as ‘*think tank*’ e as organizações de pesquisa [organizações privadas ou particulares que produzem conhecimento e disputam a narrativa no campo de políticas públicas específicas]; 7) a comunicação de massa [os grandes sistemas de comunicação, as redes de informação, as empresas produtoras de conteúdo jornalístico, etc.]; 8) os ‘*experts*’ e consultores acadêmicos de políticas públicas.

De acordo com Champagne *et al.* (2011a, p. 46), o ‘ambiente’ ou contexto de uma intervenção é composto por, ao menos, três dimensões: 1) uma dimensão física, correspondente ao volume e a forma de estruturação dos recursos agenciados para a implantação tais como recursos humanos, recursos financeiros, recursos informacionais, recursos materiais; 2) uma dimensão organizacional correspondente às regras administrativas, leis e regulamentações, as regras que definem o modo como o jogo pode ser realizado; 3) a dimensão simbólica, equivalente ao modo como os atores pensam, suas representações e valores que permite que os envolvidos possam estabelecer comunicação e câmbios. De acordo como esses autores, pode-se dizer que

*os atores* de uma intervenção são caracterizados por seus projetos, visões de mundo, convicções, recursos (os próprios ou aqueles que controlam) e disposições para agir. Eles interagem em um jogo permanente de cooperação e de concorrência para aumentar seu controle sobre os recursos críticos do sistema de ação (dinheiro, poder, influência, compromissos acerca de normas sociais).

As práticas (ou as condutas) dos atores são ao mesmo tempo constitutivas da intervenção e influenciadas por sua estrutura, e interdependentes. (idem, p. 47)

A análise da implantação se baseia numa perspectiva dinâmica das intervenções uma vez que considera que a assimilação das transformações é determinada pelo contexto ao longo do processo de operacionalização de uma intervenção e reconhece que pode haver mudanças de forma e de alcance nos objetivos de uma intervenção.

No entendimento de Crozier & Friedlberg (1977, apud CHAMPAGNE *et al.* 2011, p. 225) “não devemos esquecer que o contexto de implantação é o lugar de encontro de interesses e de jogos políticos de diferentes atores”. O contexto é uma arena de câmbios sociais, de negociação e de disputa, de cooperação e de conflito, de convergência e de concorrência. Os agentes traçam seus propósitos de acordo com seus valores e representações da realidade a partir da qual passam a desenvolver estratégias para ‘jogar’ politicamente. Como disse Vieira-da-Silva (2014, p. 86), a operacionalização de uma política depende dos agentes sociais que interpretam de modos diferentes a operacionalização de um programa ou política, o que pode culminar com resistências à própria implantação.

Sem ambição de consenso, Denis e Champagne (1997, p. 62) identificam vários modelos conceituais que podem servir como matriz para o estudo do contexto. Tais modelos estão agrupados em cinco diferentes perspectivas: 1) o modelo racional; 2) o modelo do desenvolvimento organizacional; 3) o modelo psicológico; 4) o modelo estrutural; e, por fim, 5) o modelo político. A presente pesquisa se ancora na perspectiva do “**modelo político**”. Essa perspectiva teórica permite a análise a partir de um ponto de vista crítico e dialético das instituições. Para os autores citados, “[...] a adoção e a implantação de intervenções são consideradas como jogos de poder organizacional, cujo resultado constitui um ajuste às pressões internas e externas” (idem, p. 66). Esse modelo pressupõe que a “organização é uma arena política no interior da qual os atores perseguem estratégias diferentes” (idem, p. 67).

Na perspectiva do modelo político, entende-se que a eficácia em um processo de intervenção depende de três características: 1) da característica do suporte que os agentes da implantação oferecem para o processo de operacionalização da intervenção; 2) do exercício do suficiente controle organizacional por parte dos agentes da implantação no curso dos procedimentos operacionais da intervenção; 3) de uma suficiente articulação entre a operacionalização da intervenção e os objetivos a ela associados. De acordo com Santos e Melo (2012, p. 133), “através do modelo político, é possível avaliar qual suporte é

dado à intervenção pelos seus agentes, se esses agentes estão aptos a operacionalizar com eficácia a intervenção, se existe coerência entre os objetivos e a sustentação que é dada à intervenção”.

O governo é um ator-chave. A autoridade constituída e delegada ao gestor executivo confere uma condição de destaque nesse processo uma vez que a condição de desenvolver e implantar políticas repousa, em último caso, no poder executivo. O controle das informações, o controle financeiro-orçamentário, o acesso aos meios de comunicação, o controle sobre a agenda política, etc. conferem ao gestor executivo uma posição sobressaliente comparada com os demais atores.

Sem prejuízo ao reconhecimento da relevância do conjunto dos demais atores não estatais no processo de implantação (grupos de interesse e pressão, *experts*, pesquisadores, etc.), ressalta-se que “o nível de alcance dos objetivos associados à intervenção depende do apoio dos atores dominantes a esses objetivos” (DENIS & CHAMPAGNE, 1997, p. 67). Não obstante, Howlett, Ramesh e Perl (2013, p. 195) reconhecem que a maioria das teorias contemporâneas que abordam a etapa da implantação de uma intervenção consideram “[...] que esse estágio do processo político é moldado por fatores políticos relacionados à capacidade do Estado de enfrentar os problemas específicos e a complexidade do subsistema com o qual ele tem de lidar”.

A introdução de mudanças em sistemas sociais arraigados e complexos não ocorre sem dificuldades e resistências. Para Matus (1996, p. 10), “quem quiser enfrentar o desafio de criar um futuro com sua vontade, poder e recursos deverá, em certo sentido, navegar contra a corrente, porque deverá vencer uma força que contradiz suas intenções”. Ao refletir sobre o contexto e a exequibilidade daquilo que foi planejado, esse autor (*idem*, p. 12) considera que “o agregado social, as forças sociais têm vida própria, objetivos próprios, capacidade própria [...]. Cada força social representa versões e inserções sociais distintas, lutando, conseqüentemente, por diferentes desenhos de futuro”. Os agentes sociais são dotados de capacidade de gerar fatos políticos que, por sua vez, correspondem a um movimento constante de acumulação e desacumulação de poder. São muitos os agentes sociais que atuam num determinado contexto. As diferenças que existem entre eles podem ser estimadas mediante a análise das desigualdades no que tange ao acúmulo de poder que, de alguma forma, diz respeito aos diferentes capitais num determinado campo. Como dito por Bourdieu (2011, p. 52), o campo do poder deve ser entendido como

o espaço de relações de força entre os diferentes tipos de capital ou, mais precisamente, entre os agentes suficientemente providos de um dos diferentes tipos de capital para poderem dominar o campo correspondente e cujas lutas se

intensificam sempre que o valor relativo dos diferentes tipos de capital é posto em questão.

As forças sociais -os agentes sociais- produzem constantes tensionamentos políticos que independem da oficialidade do Estado representada pelo governo; contudo, inquestionavelmente o ‘governo’ é o ator social mais poderoso por conta do poder que acumula. A disputa pela acumulação do poder passa a ser a disputa pelo controle do próprio governo. Não se trata da disputa numa dimensão abstrata como o ‘Estado’; trata-se de um referente concreto para onde converge a tensão. A coexistência de atores conflitantes num campo em disputa pode conduzir uma política para caminhos bastante díspares do que havia sido planejado. Em função disso, de acordo com Matus (idem, p. 27), faz-se “necessário uma ação central que busque a coerência global frente às ações parciais dos atores sociais [...]”. Essa ação central é justamente a ação do governo. Para esse autor, “o governo refere-se à ação prática, e se ela pretende ser eficaz, o processo de governo e o processo de planejamento devem coincidir no presente [...]”. A capacidade de absorver as tensões e mediar as soluções é determinante para o êxito ou o fracasso de uma intervenção. Ainda que a política de saúde no Brasil seja uma política de Estado, a qual se pressupõe um certo grau de homogeneidade, os diferentes governos nos diferentes níveis do sistema político (federal, estadual, municipal) apresentam diferentes formas de governar a política de saúde. Portanto, analisar o modo como o gestor exerce seu ‘poder de governo’ é um condição *sine-qua-non* para a análise da implantação de uma política social.

#### **5.1.4 - O Triângulo de Governo**

Em *Escritos Políticos* Antonio Gramsci (1976, p. 231) argumentou que “o governo, o poder, é o ponto em que se afirma a concorrência dos setores. O governo é o prêmio do partido, do setor burguês mais forte [...]”. De acordo com esse autor, é por meio da força que a burguesia “[...] conquista o direito de regular o poder do Estado, de dirigi-lo para determinados fins, de plasmá-lo prevalentemente segundo os seus programas econômicos e políticos”. Desse modo, o conceito de governo estaria menos ligado à ideia de forma que à ideia de uma função. Na perspectiva gramsciana o governo tem a função de afirmar a ideologia econômica e política da burguesia. Um tipo de agência executiva.

No *Dicionário de Política*, Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998, p. 553) buscam uma aproximação com os significados correntes que podem auxiliar na definição conceitual para o termo ‘Governo’. O Governo constitui um dos aspectos do Estado

moderno. Nessa perspectiva, os autores afirmam que “[...] pode-se definir Governo<sup>23</sup> como o conjunto de pessoas que exercem o poder político e que determinam a orientação política de uma determinada sociedade”. O poder de Governo é necessariamente institucionalizado e geralmente adjunto da noção de Estado. Contudo, há um segundo sentido que indica não somente o grupo das pessoas que possuem o ‘poder de Governo’, mas significa também o “[...] complexo dos órgãos que institucionalmente têm o exercício do poder” (idem, *ibidem*), ou seja, os órgãos de governo que são, em último caso, as instituições estatais. Na prática, ainda que não possam ser confundidos com o partido ou o governo, os órgãos estatais que ordenam a política em uma sociedade acabam por reproduzir a orientação política do governo, gerando um sem fim de sobreposições e equívocos entre as funções do Estado e as competências de um Governo.

O monopólio estatal das políticas públicas, a centralidade do poder político-econômico nas sociedades contemporâneas faz com que esse ator social esteja numa posição central em qualquer análise de políticas sociais. Para Teixeira e Silveira (2016, p. 163), a política pública é “o conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental”. O Governo é o ator por onde passa o planejamento e a execução de uma política pública. É a “ação prática”, como disse Matus (1996, p. 27). Mesmo que não seja um poder exclusivo, o poder governamental é a condição decisiva para uma intervenção quando se busca resolver problemas atuais ou potenciais.

Para Matus (1996, p. 60) “governar ou conduzir é algo muito complexo, que não pode ser reduzido inteiramente a uma teoria”. Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998) mencionam várias doutrinas para as quais o ato de governar é equiparado a uma arte, a arte de governar, que em muitos momentos foi associada ou convertida na própria ciência do Estado.

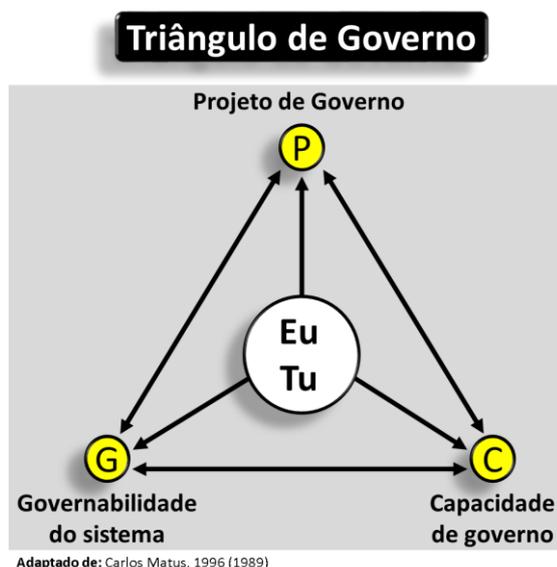
Governar é conduzir processos; definir objetivos, traçar caminhos, encadear ações, cadenciar a velocidade adequada para a obtenção dos resultados esperados. Porém, esse movimento enfrenta um conjunto de obstáculos e resistências que podem alterar os propósitos antes definidos. Carlos Matus, ao reconhecer que o ato de governar tem o status de uma ‘arte’, esboçou um modelo teórico no qual expõe as variáveis que condicionam o ofício de governar. Como argumenta, “para governar requer-se cada vez mais um certo domínio teórico sobre os sistemas sociais [...], exige a constante articulação de três

---

<sup>23</sup> Esses autores usam o termo com a letra inicial maiúscula.

variáveis”: (a) projeto de governo; (b) capacidade de governo; (c) governabilidade do sistema (MATUS, 1996, p. 59). Essa teoria recebeu a denominação de “Triângulo de Governo”. Com o objetivo de fazer a análise da implantação de uma política, tendo como proa o estudo do contexto a partir do ‘modelo político’, o mapeamento das características do governo passa a ser uma condição imperativa. Desse modo, a teoria do *triângulo de governo* será aqui adotada como uma das ‘bussolas’ para a exploração desse ‘oceano’ que é o processo de implantação de políticas públicas.

**Figura 3** – Triângulo de Governo



No triângulo de governo as variáveis são distintas, porém entrelaçadas e interdependentes. Essas variáveis exercem condicionamento mútuo e formam uma trama complexa. A maior ou menor expressividade de uma das variáveis produz diferentes modulações nas ações de um governo. Trata-se de um conjunto de elementos organizados que podem ser descritos como um sistema constituído de partes específicas, mas indissociáveis. Esse ‘sistema’ é composto por: (a) um sistema propositivo de ações a serem realizadas e metas a serem alcançadas, em outros termos, o projeto de governo [enfoque normativo]; (b) um sistema social onde se manifesta a tensão provocada pelo contraste entre variáveis controláveis e não controláveis que demandam estratégias gerenciais para execução de um projeto, ou seja, a governabilidade do sistema [enfoque político]; (c) um sistema de planejamento e direção, a competência de fazer o que está planejado, capacidade de conduzir os objetivos, ou seja, a capacidade de governo [enfoque administrativo ou técnico].

*O projeto de governo (P)* diz respeito às propostas materializadas nos planos, programas e projetos de ação sugeridos para obtenção de resultados pretendidos de acordo com as etapas anteriores do ciclo da política: a formulação da política e a tomada de decisão. Para Matus (1996, p. 59), trata-se do “[...] conteúdo propositivo dos projetos de ação que um ator propõe-se realizar para alcançar seus objetivos”. Nele o ator indica o que ambiciona implementar e define o que fazer para que se obtenha os feitos pretendidos. É uma aposta baseada numa estratégia para alcançar os resultados com base nos objetivos estabelecidos. Corresponde ao cálculo técnico-político no qual devem ser apresentadas as fórmulas e os meios para alcançar as metas. O projeto contém o conjunto de propostas de ação, o escopo, os recursos e os caminhos a serem percorridos. Um projeto pode ser modesto ou ambicioso. Faz-se uma aposta sobre o futuro considerando diferentes prováveis cenários e possíveis meios formulas para alcançar as metas, considerando também quem um sistema social tem riscos e adversidades; logo, o plano deve considerar as circunstâncias da implantação, não apenas o interesse do ator que planeja. Para Matus (idem, ibidem), “logicamente o conteúdo propositivo é produto não apenas das circunstâncias e interesses do ator que governa, mas também de sua capacidade de governar, incluindo-se aí sua capacidade de aprofundar a explicação da realidade e propor respostas e antecipações [...]”. Um projeto pode ser mais governável quando se tem objetivos modestos; por outro lado, torna-se menos governável quando os objetivos são mais ambiciosos ou os recursos disponíveis são insuficientes. Isso afeta diretamente a obtenção dos resultados. De acordo com Matus (idem, p. 6), o projeto de governo é a expressão de uma combinação entre o capital político e o capital intelectual justapostos no delineamento de uma proposta de ação, sendo o ‘capital intelectual’ uma composição somativa entre o capital teórico, capital instrumental e o capital experiência.

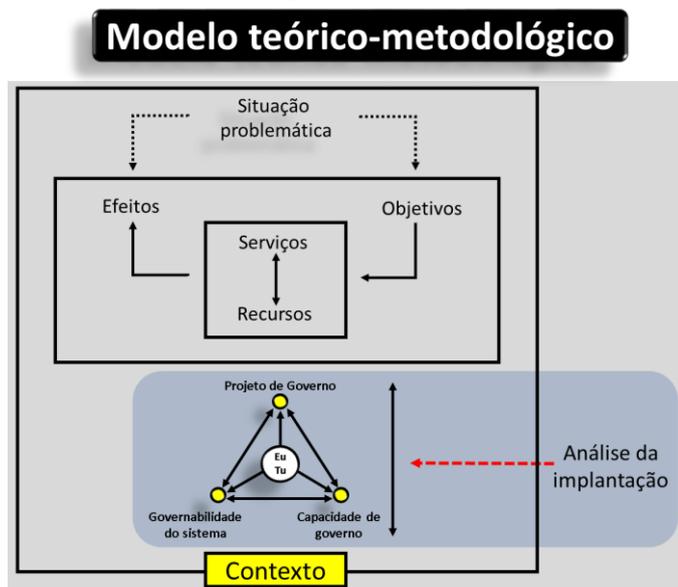
A *governabilidade do sistema (G)* “é uma relação entre as variáveis que o ator controla e não controla no processo de governo – variáveis essas ponderadas pelo seu valor ou peso para a ação do ator” (idem, ibidem). Trata-se de uma variável diretamente condicionada ao capital político de quem exerce o governo, do conteúdo propositivo do plano e da capacidade de governo. A governabilidade do sistema é uma grandeza diretamente proporcional à capacidade de controle das variáveis do sistema. Quanto maior for o controle sobre variáveis decisivas, maior é o controle sobre os efeitos, ou seja, maior será a governabilidade na condução da ação.

De acordo com Matus (idem, ibidem), há três relativizações a serem feitas. Em primeiro lugar, o sistema pode ser governável ou ingovernável para atores sociais

diferentes uma vez que diferentes atores controlam diferentes proporções de variáveis. Em segundo lugar, o conteúdo propositivo do sistema influencia diretamente sua governabilidade; projetos mais ambiciosos são menos governáveis, planos com grandes propósitos geram uma baixa previsão de alcance dos resultados dado que o número de variáveis não controláveis tende a ser também em grande volume. Em terceiro lugar, quanto maior é a capacidade de governo do ator-chave, maior é a governabilidade; por outro lado, a governabilidade torna-se menor para atores que têm baixa capacidade de governo. Para Matus (idem, p. 62), a governabilidade de um sistema depende de um conjunto de fatores, mas fundamentalmente depende do capital político as pessoas que dirigem o plano, depende do peso político dos condutores do processo. Em síntese, pode-se dizer que a governabilidade depende de alguns fatores: da quantidade e magnitude das exigências contidas no projeto; dos meios disponíveis para execução do projeto; da sua capacidade de governo.

A *capacidade de governo* (C) diz respeito ao conjunto de recursos e disposições que se exprimem como capacidade de condução ou de direção de um projeto de ação, ou seja, a tradução da capacidade de gerenciamento, administração e controle do projeto de ação. Para Matus (idem, p. 61), essa variável está relacionada ao “acervo de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo, para conduzir o processo social a objetivos declarados [...]”. Esse potencial pode ser pensado em termos de capacidade de criar e controlar as ações planejadas. Esse sistema de direção (enfoque administrativo ou técnico) depende do capital intelectual acumulado pelos operadores: dirigentes e executores da ação. O capital intelectual (teórico, instrumental e experiência) determinam a capacidade de liderança dos atores que operam a ação. Isso está relacionado “a capacidade de serem reconhecidos como condutores, caracteriza também sua capacidade de condução, ou seja, a destreza para conceber e executar estratégias e táticas eficazes para resolver os problemas e aproveitar as oportunidades” (idem, p. 62). É a ‘capacidade de fazer’, de transformar em ato prático o que está desenhado no projeto.

A figura abaixo apresenta a conexão entre a metodologia da análise da implantação e a teoria que fundamenta a análise do contexto político de uma intervenção. Com ela demonstra-se a operacionalização teórico-metodológica do polissêmico conceito de ‘contexto’ como parâmetro para o estudo em tela. A área em destaque na parte inferior da figura expressa a aplicação da teoria do ‘Triângulo de Governo’ a análise de implantação de uma política pública de caráter social.

**Figura 4** – Modelo teórico-metodológico

Fonte: Elaboração própria

## 5.2 - Delineamento metodológico do estudo

Essa pesquisa foi realizada por meio de uma metodologia descritivo-explicativa, com a combinação de dados quantitativos e qualitativos. Aqui, optou-se pelo uso de metodologias cruzadas. Foi realizado o cruzamento entre dados qualitativos e dados quantitativos, entre aspectos objetivos (de documentos e bancos de dados) e aspectos subjetivos ou interpretativos a partir de entrevistas com informantes-chave. Vieira-da-Silva (apud HARTZ & VIEIRA DA SILVA, 2005, p. 29) considerou que a cisão entre pesquisa quantitativa e qualitativa é “uma falsa questão”. Por sua vez, Minayo (2000, p. 28) afirmou que, nas pesquisas com objetos e acontecimentos sociais, essa dicotomização é inadequada uma vez que “deixa à margem relevâncias e dados que não podem ser contidos em números e, de outro lado, às vezes contempla apenas os significados subjetivos, omitindo a realidade estruturada”.

Trabalhou-se com triangulação de métodos. Para Minayo (2005, p. 29), essa modalidade de avaliação emprega uma variedade de técnicas de coleta de dados ao longo do processo investigativo e deve ser compreendida “como expressão de uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre o processo”. Para Vieira-da-Silva (2014, p. 93) a triangulação de métodos -observação e análises documentais- permite compreender

como as relações interpessoais se apresentam concretamente na operacionalização das ações de saúde.

### 5.2.1 - Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa que, com base nos objetivos estabelecidos, deve ser classificada como um estudo de caso de caráter descritivo-explicativo cujo objeto é a implantação da política estadual de saúde mental, álcool e outras drogas no contexto do estado da Bahia. Para Gil (2002, p. 42), as pesquisas descritivas buscam descrever as características de determinado fenômeno ou, por outro lado, pretendem descrever as relações entre variáveis. Ao se pretender determinar a natureza da relação entre as variáveis, a tipologia *descritiva* se conecta com a pesquisa *explicativa* que tem como “preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. Esse é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas”.

### 5.2.2 - Estudo de caso

Para estudos caracterizados como análise de implantação há uma vasta literatura recomendando a realização de estudos de caso uma vez que, como disse Champagne *et al.* (2011c, p. 222), esse método torna-se “particularmente apropriado quando a análise do contexto é centrada nas dinâmicas de interação entre os atores concernidos pela implantação, ou quando se quer efetuar uma análise processual da implantação”. Para Denis e Champagne (1997, p. 70) “o estudo de caso é definido como a investigação empírica de um fenômeno que pode dificilmente ser isolado ou dissociado do seu contexto”. Em geral, os estudos de caso são apropriados quando “se colocam questões do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real” (YIN, 2001, p. 19). O ‘caso’ é um evento, uma entidade, um indivíduo; algo que permita ser estudado em sua dimensão de unidade. Segundo Yin (2001, p. 44), “já se realizaram estudos de caso: sobre decisões, sobre programas de vários tipos, sobre o processo de implantação de alguma coisa em alguma empresa ou entidade e sobre uma mudança; organizacional”. Logo, o ‘caso’ corresponde a *unidade de análise* primária de um estudo.

### **5.2.3 - Nível e escopo da avaliação**

Vieira-da-Silva (2005; 2014) entende que é necessário definir qual o nível da realidade de um sistema de saúde que deve ser o foco de uma avaliação. São vários os níveis de um sistema de saúde: as tecnologias, as ações, os serviços, os estabelecimentos, os programas, o sistema. Além disso, é possível também falar em ‘níveis’ para distinguir os diferentes alcances ou escopos quando considerada a hierarquia dos níveis de gestão: nacional, estadual, municipal.

No que diz respeito ao nível de gestão, foi trabalhado um nível: um caso de gestão estadual de saúde (Secretaria Estadual de Saúde da Bahia). No tocante ao nível de organização do sistema de saúde, foi analisado o processo de implantação das ações e estabelecimentos de saúde que, por si, expressam a materialidade operacional da política de saúde, considerando não somente o que está disponibilizado em termos de rede de serviços implantados, mas também as carências ou o que não está implantado conforme prevê a imagem-objetivo da política contida na legislação e nos planos de governo.

### **5.2.4 - Características ou atributos do estudo**

As necessidades de saúde demandam distintos tipos de respostas que, por sua vez, permitem diferentes graus de controle. Os diferentes graus de controle (das causas, dos riscos ou danos, etc.) dependem da forma como o modelo assistencial se caracteriza em um determinado contexto (nacional, estadual, municipal). Os atributos dizem respeito ao modo como se caracterizam as práticas de saúde ou como está organizado o sistema de saúde. A definição dos atributos corresponde ao esforço para garantir que o recorte da realidade estudada explicita quais propriedades do sistema de saúde devem ser contempladas na análise. Vieira-da-Silva (2005; 2014) construiu uma tipologia com atributos considerados relevantes no campo da avaliação. Em tal sistematização a autora seleciona sete características relevantes. Seguindo a tipologia referida, o atributo selecionado para a presente pesquisa foi o processo de implantação das ações ou da política, considerando dois aspectos particulares: (1) avaliação de processo e (2) análise da implantação propriamente dita.

### **5.2.5 - Dimensão, subdimensões e componentes da PNSMAD**

Os termos ‘dimensão’ e ‘subdimensão’ são polissêmicos. Há vários sentidos e usos possíveis nas mais diferentes práticas avaliativas. Nos pressupostos teóricos construídos por Avedis Donabedian para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, considera-se três

enfoques ou dimensões: a estrutura, o processo e os resultados (PITTA, 1992, p. 45). Champagne *et al.* (2011, p. 219) também falam sobre as dimensões da implantação de uma política onde destacam: a dimensão simbólica; a dimensão física e a dimensão organizacional. Contandriopoulos *et al.* (1997, p. 36) sugerem outras três dimensões quando da apreciação do processo de implantação, quais sejam: a dimensão técnica dos serviços; a dimensão das relações interpessoais entre os atores envolvidos no processo e a dimensão organizacional de um sistema de saúde.

Em se tratando da política de saúde mental, Amarante (2007, p. 62) considera que as transformações que culminam com uma reorientação do modelo assistencial introduzem no campo da atenção psicossocial um traço de complexidade. A reorientação do modelo de atenção em saúde mental não é um acontecimento fechado ou acabado, mas um processo social complexo que se constitui a partir do entrelaçamento de dimensões simultâneas. Esse processo tem quatro dimensões: (a) uma *dimensão teórico-conceitual* (epistêmica), que expressa os conhecimentos, os conceitos, os sentidos epistêmicos em disputa; (b) uma *dimensão técnico-assistencial*, que equivale ao conjunto dos serviços de saúde, os espaços de acolhimento, os dispositivos assistenciais, os novos lugares de produção de subjetividade contrapostos à prática manicomial; (c) a *dimensão jurídico-política*, que se refere à toda racionalidade legal, normativa, que regulamenta as novas práticas de cuidado, que define um novo conjunto de sujeitos-cidadãos e institui direitos que antes não contemplavam pessoas com sofrimento mental; (d) uma *dimensão sociocultural*, ou seja, o modo como o imaginário social reflete a loucura, o sofrimento mental, os manicômios, etc. e envolve também a um legado cultural produzido pelos novos atores sociais emancipados a partir do processo de desinstitucionalização do cuidado em saúde mental.

Para Denis e Champagne (1997, p. 51), uma política pode ter um amálgama de diversos serviços e diferentes *componentes*, cada um dos quais pode ter resultados particulares, ou podem se encontrar em diferentes estágios de implantação. Os componentes são as partes constitutivas da política ou programa, as divisões, os segmentos.

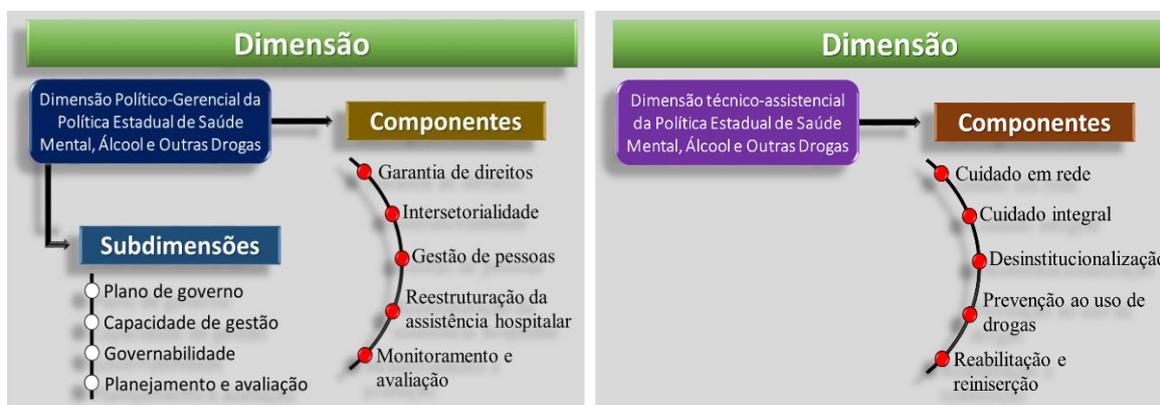
O modelo-lógico adotado nessa pesquisa considera duas dimensões da política de saúde mental: a dimensão *político-gerencial* (gestão) e a dimensão *técnico-assistencial* (cuidado). Mediante exaustivo levantamento feito na legislação que normatiza a RAPS, extraiu-se um conjunto de componentes constitutivos de cada uma dessas dimensões.

Assim, pode-se verificar que cada dimensão da política é constituída por cinco componentes ou segmentos que funcionam como eixos de ação<sup>24</sup>.

A dimensão político-gerencial engloba o conjunto das ações, das capacidades, dos procedimentos que se caracterizam como funções de controle e de administração determinantes para a operacionalização da política. Essa dimensão foi escolhida por ser basilar para caracterização e compreensão implantação de uma intervenção. No caso específico da política de saúde mental, essa dimensão tem os seguintes componentes: (a) garantia de direitos; (b) intersetorialidade; (c) gestão de pessoas; (d) reestruturação da assistência hospitalar; (e) monitoramento e avaliação.

A dimensão técnico-assistencial desse modelo-lógico agrega os componentes da política que indicam o modo como as práticas de cuidado devem ser organizadas a partir da intervenção que visa operar a transformação na caracterização dos serviços, nas formas de manejo e acolhimento das pessoas com sofrimento mental. Essa dimensão agrega outros cinco componentes: (a) cuidado em rede; (b) cuidado integral; (c) desinstitucionalização; (d) prevenção ao uso de drogas; (e) reabilitação e reinserção psicossocial. Essa dimensão tem como imagem-objetivo a ‘atenção integral em saúde mental, álcool e outras drogas’.

**Figura 5 - Síntese do modelo-lógico da política de saúde mental, álcool e outras drogas**



### 5.2.6 - Critérios, indicadores, matriz diagnóstica da RAPS

Com o avanço da reforma psiquiátrica o sistema de serviços e ações da rede de saúde mental tornou-se um dos mais complexos arranjos no cenário das políticas públicas intra e intersetoriais. Envolve a tessitura entre os diversos níveis de atenção em saúde (básica, média e alta complexidade) e engloba também um conjunto de ações que não são

<sup>24</sup> Ver Figuras 7 e 8 com o modelo lógico da política da política de saúde mental, álcool e outras drogas apresentado abaixo.

propriamente caracterizadas como serviço de saúde como tradicionalmente são denominados os espaços assistenciais. Isso impõe um desafio adicional para a avaliação. Frequentemente as análises tendem a valorizar aspectos parciais da política e, por meio dessa seletividade, busca-se generalizar a representação sobre o sucesso ou o insucesso dessa política. Silveira *et al.* (2011, p. 95) consideram que o processo de desinstitucionalização em saúde mental tem sido avaliado com base nos indicadores de abertura de CAPS e de fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos; no entanto, considera também que ainda há um conjunto de hiatos que devem ser explorados nas práticas avaliativas. Eis que surge a necessidade de definir *a priori* quais critérios e indicadores serão escolhidos para embasar a avaliação.

De acordo com Vieira-da-Silva (2014, p. 45), os “critérios são aspectos dos componentes da intervenção selecionados para a avaliação”. Para Champagne *at al.* (2011), os critérios correspondem às características mensuráveis de uma intervenção, as unidades de medida. Na perspectiva de Donabedian (1986, apud VIEIRA-DA-SILVA, 2005, p. 53), um critério pode ser entendido também como sendo “um componente ou aspecto da estrutura de um serviço/sistema de saúde, ou de um processo ou resultado de um cuidado que dá suporte à qualidade da atenção prestada”. Os critérios são as variáveis do programa que devem ser construídas com a garantia da mensurabilidade. Nas avaliações de processo em pesquisas avaliativas a identificação dos critérios é um fator importante uma vez que, segundo Contandriopoulos (1997, p. 36), por meio deles torna-se possível “[...] saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Esta apreciação se faz comparando os serviços oferecidos pelo programa ou pela intervenção com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados visados”.

Os *indicadores* correspondem aos dados que tornam possível o monitoramento do desenvolvimento de uma política pública desde o estágio inicial até seus níveis mais avançados. O indicador permite aferir o intervalo entre o que se pretendia e o que se alcançou, entre os objetivos e os resultados. Para Vieira-da-Silva (2014, p. 45) estes podem ser compreendidos como “razões ou proporções entre variáveis ou critérios”. Assim, a norma ou o padrão é compreendido como o valor admissível do critério cuja variação deve ser medida a partir dos indicadores. Para Medina *et al.* (2005, p. 56), os indicadores permitem “o estabelecimento de padrões de desempenho, que definem o que se pretende alcançar com a execução da ação”.

Em âmbito nacional há esforços empreendidos no sentido de construir indicadores para a política de saúde mental que não estejam limitados a números de consultas,

internamentos, morbidade e consumo de medicamentos. Para Fidellis (2002, p. 41), no campo da saúde mental “a necessidade de desenvolver processos avaliativos tornou-se um imperativo [...] para a superação de modelos tradicionais, incapazes de estabelecer fluxos entre a implementação de determinadas políticas ou programas e seus resultados [...]”. Numa revisão integrativa sobre estudos que avaliaram a assistência no campo da saúde mental no Brasil, Silva, Melo e Esperidião (2012, p. 282) identificaram alguns impasses, entre os quais se destacam: a ausência de conformação da avaliação das políticas e dos projetos na administração pública; a carência de um modelo teórico de avaliação com definições e preconizações sobre a forma de funcionamento dos programas; e a ausência de indicadores consistentes para avaliar os serviços de saúde mental.

Segundo Medina *et al.* (2005, p. 53), “a implementação da avaliação de um programa requer o desenho de uma matriz que apresente os critérios/indicadores e parâmetros que serão utilizados, bem como as respectivas fontes de informação a serem consideradas”. O presente estudo se baseou na “*Matriz Diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial*”, conforme prevista na Portaria GM nº 3.088/2011, atualizada pela Portaria GM nº 3.588/2017. A matriz é composta por sete componentes que articulam os dezoito pontos de atenção possíveis da RAPS, incluindo os hospitais psiquiátricos, as Comunidades Terapêuticas e as Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas.

### **5.2.7 - O modelo-lógico da Política de Saúde Mental**

De acordo com Champagne *et al.* (2011b, p. 61), “para se avaliar uma intervenção, é preciso começar por defini-la e estabelecer-lhe o modelo lógico”. Segundo Medina *et al.* (2005, p. 44), “a ideia que operacionaliza o objeto-modelo é a expressão “modelo lógico” (*logic model* ou *logical framework*), consensualmente aceita pela maioria dos avaliadores”. No entendimento de Chen (2005, apud CHAMPAGNE *et al.* 2011, p. 65), “[...] o modelo lógico inclui dois elementos principais: os componentes do programa e os objetivos e efeitos almejados. É uma representação gráfica das relações entre as atividades previstas e os resultados esperados”. A modelização da intervenção é um esforço para representar o modo como o programa/intervenção deve funcionar, indicando a composição e os desfechos esperados. Para Champagne *et al.* (2011a, p. 50) o modelo deve se basear na teoria do programa, ou seja, na “[...] especificação das ações a serem realizadas para se alcançarem os efeitos desejados, dos outros impactos que poderiam ser cogitados e dos mecanismos mediante os quais esses efeitos e impactos seriam produzidos”.

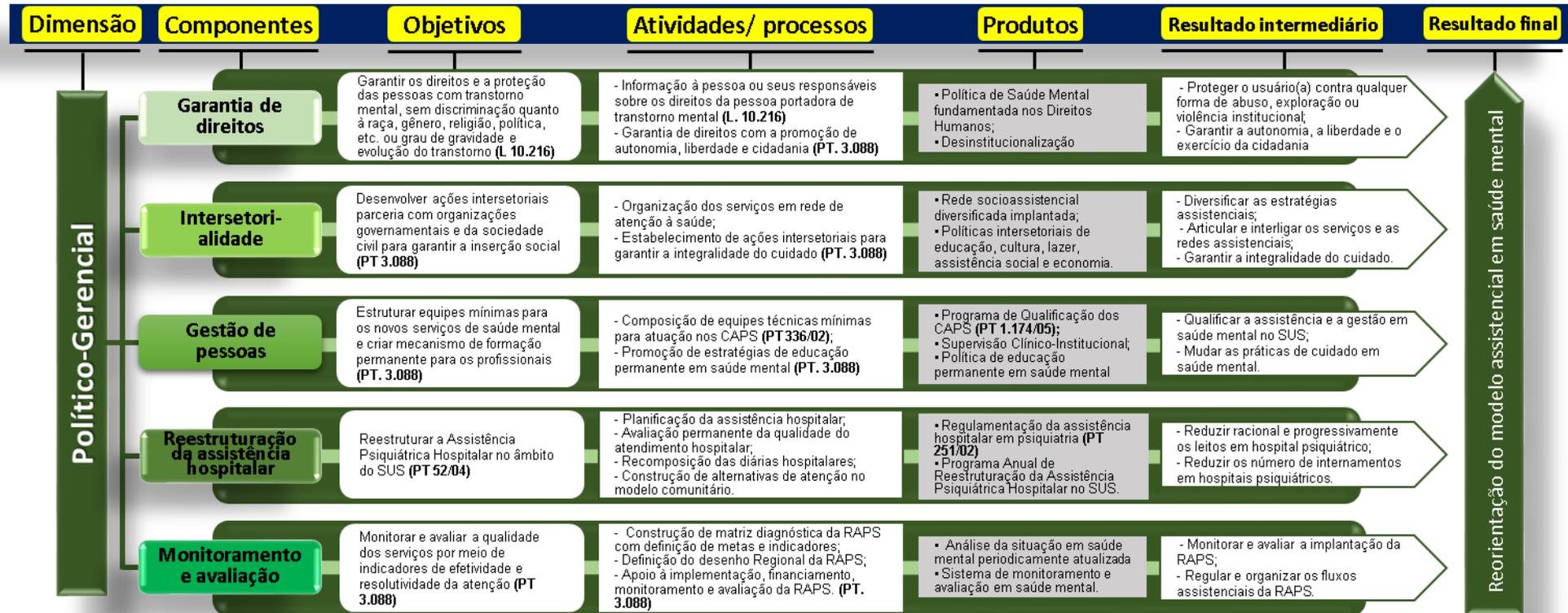
A política nacional de saúde mental não tem um modelo lógico oficial. Por conta disso, para o presente estudo elaborou-se um modelo lógico a partir da análise da base normativa da política em âmbito nacional (Leis e portarias ministeriais)<sup>25</sup> que definem e orientam os rumos das mudanças na assistência em saúde. Dessa forma, o modelo aqui apresentado sistematiza duas dimensões da política nacional de saúde mental (a *dimensão político-gerencial* e a *dimensão técnico-assistencial*) e apresenta o encadeamento entre componentes, objetivos, processos, produtos, resultados imediatos e resultados de longo prazo ou a imagem-objetivo da intervenção. Buscou-se preservar os fundamentos da ‘intervenção’ proposta pela legislação comprometida com a o processo da RPB. Portanto, esse modelo busca esquadriñar os principais elementos da política, expondo os componentes e a operacionalização da política, bem como discrimina os processos necessários para transformar os objetivos em metas e resultados. Como pode ser visto, os determinantes contextuais estão abstraídos dessa representação para que o modelo possa ser apresentado no seu protótipo idealizado, ou seja, como sendo uma representação da condição ótima pretendida como desfecho da intervenção.

---

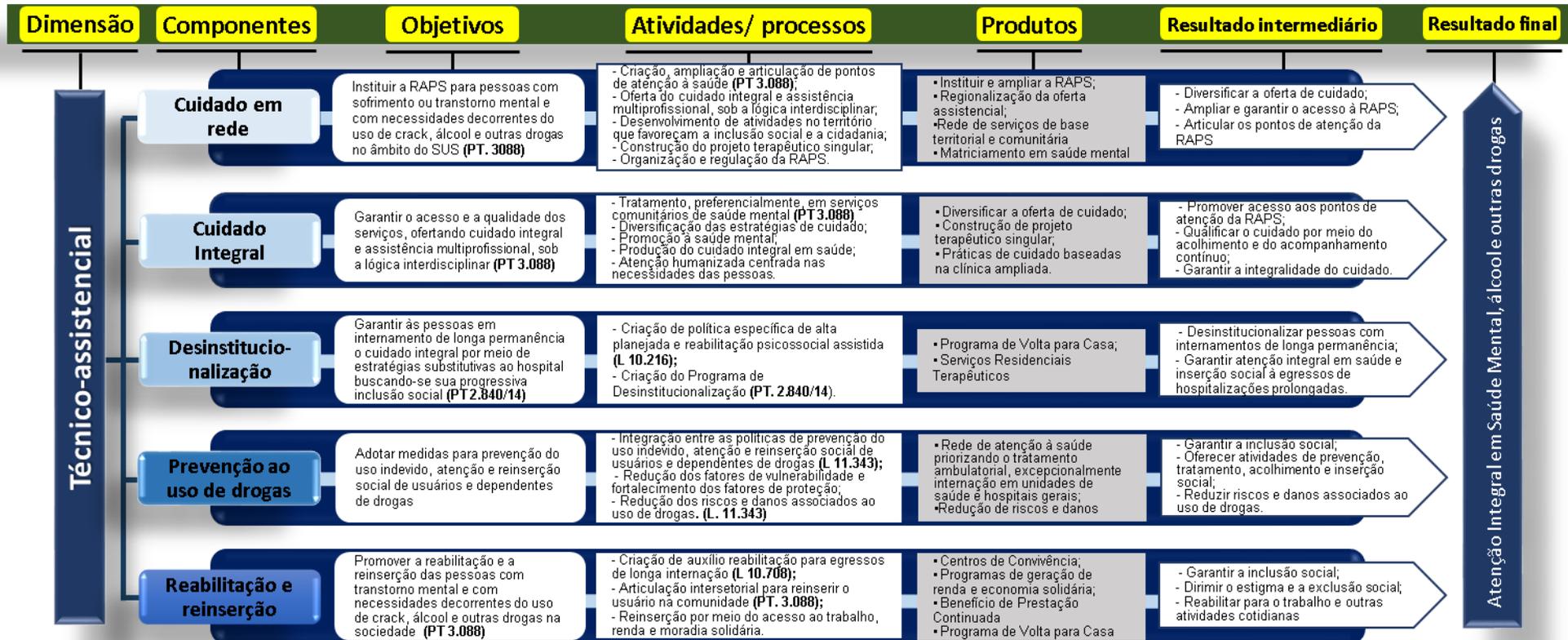
<sup>25</sup> **Legislação considerada:**

- a) Lei Federal **10.216** de abril de 2001 que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”
- a) Lei Federal **10.708** que “institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações”
- b) Lei Federal **11.343** de agosto de 2006 que “institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas”
- c) Lei Federal **13.840** de 2019 que “altera a Lei 11.343”
- d) Portarias do Gabinete do Ministro da Saúde: **251/2001; 336/2002; 54/2004; 1.174/2005; 3.088/2011; 2.842/2014; 3.588/2017.**

**Figura 6 - Modelo Lógico da Política de Saúde Mental**  
*Dimensão político-gerencial*



**Figura 7 - Modelo Lógico da Política de Saúde Mental**  
*Dimensão Técnico-Assistencial*



A avaliação das transformações assistenciais decorrentes da política de saúde mental posteriores à deflagração da reforma psiquiátrica exige a produção de um sistema de avaliação que seja sensível o suficiente para conseguir captar a nova realidade dessa política, considerando sua extensão e os resultados alcançados na remodelagem do sistema de saúde. Não se pode limitar a compreensão dos resultados apenas aos indicadores de oferta de CAPS ou de redução de leitos, embora sejam indicadores muito importantes. A RAPS contém 18 pontos de atenção que também precisam ser reconhecidos e analisados.

### 5.3 - Coleta de dados

Trabalhou-se com um sistema investigativo de natureza híbrida, combinando dados quantitativos com dados qualitativos; dados dos sistemas de informações do SUS com informações contidas nos documentos da gestão de saúde referentes ao planejamento e implantação da política de saúde mental no estado da Bahia.

De acordo com o desenho metodológico aqui designado, dos dados quantitativos foram captados os significados qualitativamente importantes. Por sua vez, dos dados qualitativos buscou-se equacionar eventuais lacunas existentes nos dados quantitativos.

O estudo, descritivo-explicativo em seu todo, foi feito em duas etapas. A primeira fase foi um estudo documental com dados secundários que buscou identificar a dinâmica da oferta da assistência hospitalar em psiquiatria na Bahia entre 2001 e 2021 bem como a evolução da implantação dos serviços comunitários de saúde mental. Foram consideradas as seguintes variáveis: os perfis dos serviços (Leitos, CAPS, SRT, UA, Atenção Básica e Rede de Urgência e Emergência), as diferentes modalidades de CAPS (I, II, III, Ia, Ad, Ad III), o ano de credenciamento e os arranjos na organização regional da RAPS. Essa primeira fase teve por objetivo construir um mapa dinâmico da oferta assistencial dado que há uma lacuna na sistematização dessas informações no contexto baiano, o que abre precedente para críticas e descrédito sobre a própria reorientação do modelo assistencial<sup>26</sup>. A segunda fase, orientada pelos fundamentos da

---

<sup>26</sup> Alguns dos exemplos de notícias da mídia baiana onde constantemente há informações parciais e/ou negativas sobre a política de saúde mental.

\* Vereador endossa pedido do MP e critica falta de Rede de Atenção Psicossocial em Salvador. Jornal da Grande Bahia. Dezembro de 2014. <https://www.jornalgrandebahia.com.br/2014/12/vereador-endossa-pedido-do-mp-e-critica-falta-de-rede-de-atencao-psicossocial-em-salvador/>

\* Hospitais em crise na Bahia. Revista do Sindicato dos Médicos da Bahia – Sindimed. Nº 33, 2017. <http://www.sindimed-ba.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Revista-33-Hospitais-em-crise-na-Bahia.pdf>

pesquisa qualitativa, foi feita mediante entrevistas com agentes sociais que participaram das várias fases de implantação da política, inclusive integrantes da gestão estadual de saúde. Nessa segunda fase, o objetivo foi averiguar o processo de operacionalização do que estava projetado como metas da política.

### 5.3.1 - 1ª fase

**Pesquisa documental:** dinâmica da oferta da assistência hospitalar em psiquiatria e evolução da implantação dos serviços substitutivos na Bahia entre 2001 e 2021

Essa fase foi dividida em dois momentos:

[Momento 1] buscou-se construir uma caracterização da rede de saúde mental a partir de informações relacionadas à oferta de serviços e ações de todos os pontos da RAPS. Foi realizada uma análise dos dados a partir de dados secundários obtidos nos sistemas de informação oficiais que continham registros sobre a rede de saúde mental da Bahia entre os anos de 2001 e 2021. A identificação, a verificação e a apreciação dos dados tiveram a finalidade de construir uma ‘fotografia’ ou mapa da evolução da política de saúde mental nesse estado em termos de oferta de serviços. Com as informações obtidas foi possível identificar as potencialidades, o alcance, as lacunas e a processualidade da implantação da política de saúde mental cuja imagem-objetivo era a reorientação do modelo assistencial.

Os dados secundários foram coletados em bancos de dados públicos e outras fontes disponíveis nos sistemas de informação que subsidiam a gestão pública. A saber:

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)<sup>27</sup>
- E-Gestor

---

\* Hospitais psiquiátricos: SESAB ignora crise atual e evita diálogo. Notícias CREMEB. Março de 2017. <https://www.cremeb.org.br/index.php/noticias/hospitais-psi-quiatricos-sesab-ignora-crise-atual-e-evita-dialogo/#:~:text=O%20estado%20da%20Bahia%2C%20de,demanda%20solicita%20150%20leit%20especializados>.

\* Frente Parlamentar da Saúde Mental visita Hospital Mário Leal: Vereador Cezar Leite está preocupado com o possível fechamento dos hospitais psiquiátricos da Bahia. Site da Câmara de Vereadores de Salvador. Setembro de 2017. <https://www.cms.ba.gov.br/noticias/frente-parlamentar-da-saude-mental-visita-hospital-mario-leal>

\* Fim de Hospitais Psiquiátricos é catástrofe, diz (Ângelo) Coronel. Site da Assembleia Legislativa da Bahia. Agosto de 2017. <http://www.al.ba.gov.br/midia-center/noticias/24581>

\* Fechamento de hospitais psiquiátricos é visto como 'criminoso' pela comunidade e médicos. Jornal Bahia Notícias. Agosto de 2019. <https://www.bahianoticias.com.br/saude/noticia/23115-fechamento-de-hospitais-psi-quiatricos-e-visto-como-criminoso-pela-comunidade-e-medicos.html>

<sup>27</sup> <http://cnes.datasus.gov.br/>

- DataSUS<sup>28 29</sup>
- TabNet

Após a extração e tabulação desses dados, foi organizado um conjunto de séries históricas com as seguintes variáveis:

- ✓ Número de internamento em hospitais psiquiátricos;
- ✓ Número de internamento por transtorno mental em hospitais gerais;
- ✓ Habilitação de serviços substitutivos entre 2001 e 2021;
- ✓ Cobertura assistencial atual por modalidade de CAPS<sup>30</sup>;

Os dados secundários extraídos dos sistemas de informação em saúde também foram classificados de acordo com duas unidades de registros: assistência hospitalar em saúde mental e demais serviços substitutivos. Para as informações referentes à assistência hospitalar, foram consideradas as seguintes variáveis: (a) tipo de hospital [geral ou psiquiátrico]; (b) ano do internamento; (c) número de internamentos por ano; (d) tempo de permanência. Esses dados foram agrupados para permitir a construção de uma série histórica ilustrativa da evolução da dinâmica oferta dessa modalidade de assistencial.

[Momento 2] Com intuito de conhecer como ocorreu o processo de implantação da política estadual de saúde mental nos diferentes momentos ao longo das duas últimas décadas, foi feita uma análise dos diferentes ‘ciclos de governo’ materializados nos diferentes ciclos de 2008 a 2021. Ao todo foram 4 diferentes ciclos de governo. Foram lidos todos os instrumentos de gestão publicamente disponíveis. Esse momento teve por finalidade averiguar a relação entre o que esteve programado e o que foi efetivamente implantado. Nesse percurso surgiram dificuldades particulares como a não localização de importantes documentos, a exemplo do “Plano Estadual de Saúde” de 2001 a 2003. Vários setores da burocracia da SESAB foram consultados, mas não se conseguiu localizar alguns dos instrumentos entre “Planos” e “Relatórios Anuais de Gestão”.

Os ‘planos’ quadrienais serão considerados como marcadores dos ‘ciclos de governo’. Para tanto, em cada ciclo foram avaliados os seguintes documentos:

- ✓ Instrumentos de gestão da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia de 2001 a 2021
  - Plano Estadual de Saúde (PES)
    - 2008-2011
    - 2012-2015
    - 2016-2019

<sup>28</sup> <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>

<sup>29</sup> <ftp://ftp.datasus.gov.br/>

<sup>30</sup> Considerando a “*Matriz Diagnóstica Rede de Atenção Psicossocial*”, de acordo com a Portaria 3.088/2011.

- 2020-2023

- Planejamento Anual de saúde (PAS)
- Relatórios Anuais de Gestão (RAG)

Além da pesquisa nos documentos oficiais da gestão estadual, a extração dos dados dos sistemas de informação em saúde buscou variáveis que não estavam necessariamente organizadas por ciclos de governo, mas apresentam o resultado acumulado dos diferentes momentos da implantação da política.

Além disso, foram consultados relatórios, atas e resoluções do Conselho Estadual de Saúde, da Comissão Intergestores Bipartite do estado da Bahia, relatórios das Conferências Nacional e Estadual de Saúde Mental.

#### *Plano de análise documental*

Conforme o entendimento de Gil (2002, p. 45) “a pesquisa documental vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico”. Para Chaumier (apud BARDIN, 1977, p. 45), a pesquisa documental é “uma operação ou um conjunto de operações, visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referenciação”.

Considerando a primeira questão apresentada como desdobramento do problema de pesquisa<sup>31</sup>, aqui se buscou saber exatamente ‘como a política de saúde mental apareceu nos documentos de gestão (Plano Estadual de Saúde, Agendas Estratégicas, Relatórios de Gestão)’. A leitura desses documentos gerou unidades de registros do conteúdo que foram agrupados em categorias, definidas e organizadas separadamente para cada um dos documentos. Para Bardin (1977, p. 45) a análise de documentos implica no “recorte da informação, ventilação em categorias segundo o critério da analogia, representação sob forma condensada por indexação [...]”. Para essa autora, a análise categorial

funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou *análise temática*, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples (idem, p. 153)

---

<sup>31</sup> Problema de pesquisa: Como ocorreu o processo de implantação da política de saúde mental, álcool e outras drogas na Bahia de 2001 a 2021?

O tratamento dos dados aqui seguiu a sequência preconizada por Bardin (1977) que sugeriu organizar o processo em três etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Os documentos correspondentes a cada ciclo foram tratados de modo particular para que se tenha uma compreensão da unidade do ciclo. Cada um dos diferentes documentos possui diferentes unidades temáticas que aqui serão equivalentes às categorias. Como pode ser visto no *plano de análise documental* (apêndice 1. Ver p. 559), nos documentos de cada ciclo as informações foram extraídas e tabuladas de acordo com a seguinte categorização:

- Plano Estadual de Saúde
  - 1) Análise de situação dos ‘problemas’ de saúde mental;
  - 2) Propostas;
  - 3) Metas.
- Planejamento Anual de Saúde
  - 1) Objetivos específicos
  - 2) Ação estratégica
  - 3) Metas
- Relatório Anual de Gestão
  - 1) Ação
  - 2) Indicador
  - 3) Meta
  - 4) Alcançado

O CAPS é um equipamento absolutamente importante para a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, mas não é o único ponto de atenção aí presente. Kantorski *et al.* (2011) reconhecem que algumas limitações dos CAPS são entendidas como um fracasso do sistema sem que, contudo, se analise a rede propriamente dita. Diante disso, pode-se afirmar que a análise da implantação da política de saúde mental não pode se bastar num estudo sobre a implantação de um tipo de serviço. Esse fato exige um estudo mais complexo, por isso a segunda fase desse estudo busca investigar o que está para além da oferta de serviços específicos.

### 5.3.2 - 2ª fase

**Pesquisa avaliativa:** análise do processo de implantação da política de saúde mental na Bahia segundo os agentes sociais do campo da saúde mental.

Nessa segunda etapa, foram realizadas entrevista em profundidade com agentes sociais (representantes do governo, grupos de interesse, atores individuais) relevantes para a política de saúde mental na Bahia. O roteiro de entrevistas estava relacionado com o modelo-lógico da política de saúde mental. Ao todo, participaram dez pessoas, cada uma delas pertencente a uma instituição específica. Importantes instituições da saúde mental não aceitaram participar; algumas instituições não responderam aos reiterados convites encaminhados.

O convite juntamente com o esboço do projeto da pesquisa foi estendido a outras instituições como a Associação de Psiquiatria da Bahia, Conselho Regional de Medicina e Sindicato dos Médicos da Bahia. Por razões diferentes, nenhuma dessas instituições se disponibilizou a participar da pesquisa. O convite também foi encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e o Conselho Municipal de Saúde. Contudo, a necessidade de redimensionamento do objeto do estudo em função da pandemia inviabilizou a inserção desse município como unidade de análise específica.

Todos os convites seguiram os protocolos éticos que determinam as condições para pesquisas que envolvem seres humanos, a exemplo das “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” – Resolução 466/2012 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Diante da recusa de importantes instituições, diante das adversidades do planejamento e cronograma da pesquisa em decorrência da pandemia do COVID-19, optou-se por não inserir as entrevistas como fonte primária de dados.

Portanto, as entrevistas produziram apontamentos para caminhos que a investigação foi trilhando ao longo do andamento, sem que se tenha feito análise de conteúdo especificamente.

Reitera-se que o uso dos diferentes métodos para coleta de dados foi uma estratégia para explorar, por diversos meios, um objeto complexo, especialmente a política de saúde mental. Como afirma Vieira-da-Silva (2014, p. 93) “a triangulação entre entrevistas e observação direta e análise dos documentos permite compreender melhor como se desenvolvem concretamente as relações existentes na operacionalização das ações de saúde avaliadas”.

## 6 – Aspectos Éticos da Pesquisa

Esta pesquisa foi realizada em duas fases. A primeira fase, por se tratar de um estudo com dados secundários, não envolveu contato direto com seres humanos. Buscou-se respeito e preservação das fontes de informações públicas. Em linhas gerais, a pesquisa com dados secundários seguiu as determinações da Lei 12.527 de 2011 que regulou o acesso a informações previsto pela Constituição Federal que em seu art. 10º estabelece que “qualquer interessado poderá apresentar pedido de acesso a informações aos órgãos e entidades referidos no art. 1º desta Lei, por qualquer meio legítimo [...]”.

A segunda fase da pesquisa envolveu seres humanos de forma direta. Foram obedecidas as prerrogativas normativas da resolução CNS nº 466/2012 que versa sobre os princípios éticos de pesquisa realizada com a participação de seres humanos.

A etapa de coleta de dados foi realizada mediante aprovação/autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, cujo parecer consubstanciado tem o número 4.833.739. Os sujeitos participantes do estudo receberam todas as informações necessárias sobre objetivos, método, possíveis benefícios do estudo e possíveis riscos envolvidos. Não havia previsão de remuneração ou pró-labore para a participação. Foi garantido anonimato, confidencialidade, privacidade e feedback dos dados coletados.

Foi garantido o livre direito de desistência em qualquer momento da coleta dados. Todos que participaram assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde consta autorização e ciência de participação voluntária. Aos participantes foi informado que as informações obtidas ficarão sob responsabilidade do pesquisador e deverão ser guardados por um período de 5 (cinco) anos e destruídos quando ao final desse prazo.

Buscou-se minimizar quaisquer situações constrangedoras em todas as fases da pesquisa, considerando respeitar os princípios da ética em pesquisa e o empenho de maximização dos benefícios e minimização dos riscos.

No que diz respeito aos benefícios dessa pesquisa, ressaltamos que os resultados obtidos poderão servir de base para subsidiar a tomada de decisão para gestores e trabalhadores da saúde a fim de que haja melhorias no planejamento em saúde a partir de uma compreensão crítica sobre da rede de saúde na bahia.

Reitera-se que as entrevistas, embora realizadas, não foram submetidas a análise para fins de subsídios desse estudo pelos motivos expostos anteriormente.

## 7 – Conservação e mudança no campo da saúde mental, da assistência hospitalar aos serviços substitutivos: paradigmas, contextos e o ‘espaço dos possíveis’

A vereança de Itaguaí, entre outros pecados de que é arguida pelos cronistas, tinha o de não fazer caso dos dementes. Assim é que cada louco furioso era trancado em uma alcova, na própria casa, e, não curado, mas descurado, até que a morte o vinha defraudar do benefício da vida; os mansos andavam à solta pela rua. Simão Bacamarte entendeu desde logo reformar tão ruim costume; pediu licença à Câmara para agasalhar e tratar no edifício que ia construir todos os loucos de Itaguaí, e das demais vilas e cidades [...]

A Casa Verde foi o nome dado ao asilo, por alusão à cor das janelas, que pela primeira vez apareciam verdes em Itaguaí. Inaugurou-se com imensa pompa; de todas as vilas e povoações próximas, e até remotas, e da própria cidade do Rio de Janeiro, correu gente para assistir às cerimônias, que duraram sete dias. Muitos dementes já estavam recolhidos; e os parentes tiveram ocasião de ver o carinho paternal e a caridade cristã com que eles iam ser tratados.

[Machado de Assis. **O Alienista**. 1882]

---

Estou no Hospício ou, melhor, em várias dependências dele, desde o dia 25 do mês passado. Estive no pavilhão de observações, que é a pior etapa de quem, como eu, entra para aqui pelas mãos da polícia.

Tiram-nos a roupa que trazemos e dão-nos uma outra, só capaz de cobrir a nudez, e nem chinelos ou tamancos nos dão. Da outra vez que lá estive me deram essa peça do vestuário que me é hoje indispensável. Desta vez, não. O enfermeiro antigo era humano e bom; o atual é um português (o outro o era) arrogante, com uma fisionomia bragantina e presumida. Deram-me uma caneca de mate e, logo em seguida, ainda dia claro, atiraram-me sobre um colchão de capim com uma manta pobre, muito conhecida de toda a nossa pobreza e miséria.

Não me incomodo muito com o Hospício, mas o que me aborrece é essa intromissão da polícia na minha vida. De mim para mim, tenho certeza que não sou louco; mas devido ao álcool, misturado com toda e espécie de apreensões que as dificuldades da minha vida material, há seis anos, me assoberbam, de quando em quando dou sinais de loucura, delírio.  
(Lima Barreto, 04 de janeiro de 1920. **O pavilhão e a Pinel**. Diário do Hospício)

---

O trem do sertão passava às 12h45m [...] Parecia coisa de invento de muita distância, sem piedade nenhuma, e que a gente não pudesse imaginar direito nem se acostumar de ver, e não sendo de ninguém. Para onde ia, no levar as mulheres, era para um lugar chamado Barbacena, longe. Para o pobre, os lugares são mais longe.... Por forma que, por força disso, agora iam remir com as duas, em hospícios [...]

[João Guimarães Rosa. **Sorôco**. Primeiras histórias. 1962]

---

Em curva ascendente na Europa desde o final do período renascentista, no século XVII ocorreu uma proliferação dos asilos onde os loucos passaram a ser custodiados e postos ao lado de um sem fim de outras personagens também socialmente marginalizadas (PESSOTTI, 2001, p. 152). Embora haja registros históricos de ‘internamento’ em períodos anteriores, a internação tornou-se a resposta padrão no período clássico (a partir da segunda metade do século XVII, continuando por todo o século XVIII) para todas as formas de representação da loucura. De acordo com Foucault (2005, p 78), nesses moldes e como resposta às crises sociais de então, a internação pode ser considerada como uma ideia própria do século XVII, de tal forma que esse procedimento se tornou a estrutura mais aparente da experiência clássica do manejo da loucura (idem, p. 48). Ao longo desse período os espaços destinados ao internamento representaram o símbolo mais denso de uma forma de manejo que buscava conciliar respostas sanitárias, ordenamento social, expansão do discurso religioso sobre a vida cotidiana e a busca de uma cidade perfeita, livre de todas as pessoas que se comportavam de modo diferente dos ideais prevalentes. O internamento passou a ter significações sociais, econômicas, políticas, religiosas, morais e sanitárias. Não por menos tornou-se uma condição predominante amplamente aceita por toda a sociedade. Segundo Foucault (idem, p. 111), ao longo de toda a era clássica existiu apenas um tipo de internamento. De um extremo a outro daquele período, conformou-se como a resposta hegemônica.

A Revolução Francesa produziu profunda mudança na racionalidade social e política no final do século XVIII. Essa mudança inspirou algumas reformas nas práticas realizadas nos asilos existentes que repercutiram ao longo do século XIX. Nesse século, o asilo renovado se tornou a grande novidade no manejo da loucura. Assim, como disse Foucault (2005, p. 63) “a loucura só terá hospitalidade doravante entre os muros do hospital, ao lado de todos os pobres. É lá que a encontraremos ainda no final do século XVIII. Com respeito a ela, nasceu uma nova sensibilidade [...]”. Desse modo, o século XIX aceitou e exigiu que o asilo fosse destinado exclusivamente aos loucos. Eram os mesmos lugares que um século e meio antes haviam sido habitados por outras personagens sociais tais como desempregados, vagabundos, miseráveis, etc. Essa renovação na paisagem da instituição aos poucos tornou-se dominada pela recém-nascida medicina mental. Segundo Castel (1978, p. 45), essas mutações na racionalidade reformista fizeram com que no século XIX o hospital fosse transformado num “meio propriamente médico”, outra grande conquista civilizatória de então. Tais

instituições passaram a ser denominadas de “*manicômios*”. Pessotti (2001, p. 152) considera que estes lugares correspondiam a um grupo de instituições forjadas nas três primeiras décadas do século XIX que se caracterizaram por acolher os loucos e oferecer-lhes tratamento médico, que gradativamente foi se diferenciando dos tradicionais asilos e outras instituições destinadas ao abrigo de diversos tipos sociais. Os manicômios “existiam já antes do século XIX, embora sua função hospitalar ou médica fosse, então, reduzida a bem pouco, visto que a figura do médico especialista em tratar loucos, o alienista ou o freniatra, surgiria apenas no século XIX”. Foucault acreditava que a “grande internação”, desencadeada a partir da fundação do Hospital Geral de Paris em 1656, foi uma das características da segunda metade do século XVII que atravessou até o século XVIII. Por sua vez, Pessotti (idem, p. 155) entendeu que o século XIX foi o “século dos manicômios. Não só pela importância histórica da instituição do tratamento médico manicomial [...], mas também pela proliferação de manicômios ocorrida ao longo de todo o século”. Do ‘Hospital Geral’ ao *Asylum*; do asilo ao manicômio; esse foi o curso de ‘evolução’ das instituições designadas ao confinamento dos loucos entre os séculos XVII e XIX, indo até meados do século XX.

O internamento assumiu lugar de destaque como prática representando não somente uma função negativa de exclusão, mas também aspirando propósitos ‘positivos’ na reorganização do mundo ético em profundidade (FOUCAULT, 2005, p. 83), na medida em que lhe foram agregadas novas ‘tecnologias positivas de poder’, donde se pressupunha ser possível gestar transformações capazes de ajustar o universo supostamente caótico da loucura aos ideais sociais dominantes. No sonho burguês de ordenamento do espaço social coletivo, o internamento constituiu a função de homologação dos atos correccionais aspirados pela sociedade disciplinar tendo se consagrado como solução hegemônica. “O internamento destina-se a corrigir”, como afirmou Foucault (2005, p. 116), tornando o louco -o alienado- aquele para quem será destinada uma tecnologia de conversão, de correção, com a esperança de extrair da experiência do internamento algumas das virtudes louvadas pela sociedade. Portanto, a ‘grande internação’ fez parte de um ‘projeto social’ que materializou a seleção de uma determinada forma de lidar com a loucura. Estava alinhada com os valores, os costumes, as representações, as racionalidades que dominam a produção de sentidos. O internamento tornou-se o recurso preponderante absolutamente compatível com o espírito de época. Desde então, o alienismo se constituiu como um verdadeiro paradigma capaz de ancorar a produção dos sentidos, os conceitos e os métodos para a

condução da problemática da loucura; nesse paradigma o internamento se consolidou como a matriz de solução de uso genérico e universal.

Ao longo de todo o século XIX e metade do século XX o internamento continuou sendo a principal resposta social para a loucura. Para o louco, o leito se tornou a rota dificilmente evitável. No jogo social em que a principal jogada pressupunha o domínio sobre o louco e, simultaneamente, sua exclusão social, coube ao manicômio a função de oferecer uma saída, uma ‘solução de compromisso’ entre uma sociedade que demandava impor a ordem e um sujeito que estava a margem do ordenamento social esperado. Para Foucault (idem, p. 125), “ na percepção social da loucura, na consciência sincrônica que a apreende, deve-se, portanto, poder reencontrar essa dualidade – simultaneamente censura e equilíbrio”. Era essa a síntese que se almejava com a internação.

Com apreço e esperança positiva, a internação penetrou o imaginário social relativo à loucura também no Brasil entre os séculos XIX e XX. Os excertos literários apresentados no começo desse capítulo são uma alegoria do imaginário do período em questão. Esses extratos de obras literárias, não científicas, atestam que o modelo psiquiátrico hegemônico extrapolou a esfera dos círculos acadêmicos *stricto sensu* ao tempo em que constituiu a base para uma certa forma de representação social do louco e da loucura que cristalizou o internamento como o manejo típico.

No primeiro fragmento, datado do ano de 1882, o escritor Machado de Assis traduziu o espírito do alienismo: o poder do alienista, a suposição de ‘cientificidade’, o prestígio daquela nova prática, as expectativas sociais, o lugar social do louco, etc. O doutor Simão Bacamarte era um verdadeiro empreendedor do ramo do tratamento das patologias mentais. Imbuído do nobre espírito iluminista, obteve autorização para ofertar aos loucos da Vila de Itaguaí o melhor dos tratamentos da época somente visto em países desenvolvidos da Europa. Adotou um crivo rigoroso baseado em uma nova teoria, arrojada e com suposto potencial para alargar as bases da ‘psicologia’, capaz de melhorar o diagnóstico das moléstias mentais. Não tardou até que as estatísticas ‘epidemiológicas’ da instituição permitissem constatar que 4/5 da população daquele pequeno povoado estivesse internada na Casa Verde, manicômio edificado pelo doutor Bacamarte, causando verdadeiro assombro na Vila de Itaguaí. O doutor Bacamarte teria adotado critérios de admissão muito mais rigoroso que os hospitais franceses do século XVII que chegaram a ter, no máximo, 1% da população parisiense internada ao mesmo tempo (FOUCAULT, 2005, p. 55). A situação apresentada por Machado de Assis é uma

caricatura numa versão local do fenômeno da “*grande internação*” com desfechos ainda mais abrangentes que os descritos por Foucault. Ao perceber que um possível erro nos fundamentos de sua teoria teria levado para internação tão significativa quantidade de pessoas, o médico alienista de Itaguaí decidiu deflagrar um amplo processo de ‘desospitalização’. Mesmo com a evidência do erro no fundamento da sua ‘nova teoria’, o doutor Bacamarte não perdeu prestígio social e, ao contrário, conseguiu recompor seu projeto epistemológico, suas pesquisas e seu empreendimento. Uma espécie de ‘*aggiornamento*’, como definido por Robert Castel (1978, p. 178), ou seja, uma atualização, uma metamorfose, fluxos de decomposição e de recomposição do mesmo projeto com novos arranjos. O enredo, as personagens, o desfecho desse clássico conto, embora ficcional, irônico e hiperbólico, se aproxima em absoluto do imaginário social do século XIX relativo ao internamento dos loucos, bem como dos motivos que justificavam aquela política de saúde mental e as instituições assistenciais.

O segundo fragmento é um registro sublime do escritor Lima Barreto. Redigido em primeira pessoa, os manuscritos revelam a experiência do autor em sua segunda passagem pelo Hospício Dom Pedro II, primeiro asilo do Brasil, situado na Praia Vermelha, no Rio de Janeiro. Em seus escritos há memórias e reflexões relativas à vida no interior daquele manicômio. Esse episódio de internamento de Lima Barreto ocorreu entre 25 de dezembro de 1919 e 02 de fevereiro de 1920. No fragmento apresentado acima, o autor descreveu o momento de sua admissão no manicômio e os pormenores da assistência ali oferecida. Descreveu a dramática precariedade da assistência, as pobres vestes e o comportamento arreado dos assistentes. Nessa cena está explícita a repetição das práticas institucionais e a precariedade da assistência tal como descritas por outros autores como Foucault [em ‘*O poder psiquiátrico*’ (2006)], Erving Goffman [em ‘*Manicômios, prisões e convento*’ (2010), quando descreveu a diferença entre o mundo dos internos e o mundo da equipe dirigente da instituição], Isaias Pessotti [em ‘*O século dos manicômios*’ (2001)]. A cena retratada descreve uma condição que é corriqueira nos procedimentos de admissão em qualquer manicômio, qual seja, a destituição do poder sobre si. Ao se referir à pessoa admitida num hospital psiquiátrico Basaglia (1985, p. 107) disse que “podemos afirmar, desde já que ele é, antes de mais nada, um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê, portanto dos delegados da sociedade (os médicos) que o afastou e excluiu”. Nesse fragmento do “*Diário do Hospício*” Lima Barreto revelou também uma problemática típica das sociedades de controle: sua internação num hospício ocorreu por conta do uso de

substâncias psicoativas que, segundo seu próprio relato, era potencializado por um conjunto de determinantes sociais por ele chamados de “espécie de apreensões e dificuldades da vida material”. O autor criticou a intromissão da polícia na sua vida, de quem reclamou da estúpida violência pela qual entendia que a polícia queria desmoralizá-lo ou tomá-lo por desqualificado, indigente. Assim, afirmou em seu *Diário*: “[...] cem anos que eu viva, nunca poderá apagar-se da minha memória as humilhações que sofri [...]”. Estas humilhações estavam relacionadas à abordagem truculenta da polícia bem como com o tratamento recebido no hospital psiquiátrico. Lima Barreto era um homem negro, de poucas posses materiais e com dificuldades decorrentes de sua classe social e sua raça, vivendo numa cidade classista e racista do começo do século XX. Como disse Basaglia (1985, p. 108), referindo-se ao paciente típico dos internamentos, “devido ao fato de serem socioeconomicamente insignificantes, são vítimas de uma violência original (a violência de nosso sistema social)”. Foucault (2005, p. 63) já havia denunciado que desde o século XVII o internamento passou a ser um “assunto de polícia” sobretudo para os loucos pobres. Na inteseccção desses determinantes, ocorre uma operação conexa na engrenagem do aparelho repressivo onde se articulam dois potentes instrumentos de controle: a polícia e o manicômio; “[...] portanto, de um poder e de uma terminologia técnica para sancionar aquilo que a sociedade já executou, excluindo de si aquele que não se integrou ao jogo do sistema” (BASAGLIA, 1985, p. 125). A internação sanciona a exclusão social sem questionar sua essência e sem interceptar seu ciclo. Essa dramática realidade fez de Lima Barreto mais uma vítima.

O último excerto acima apresentado, de autoria de Guimarães Rosa, é o terceiro conto do livro *Primeiras Histórias*, obra onde o autor apresentou um conjunto de combinações entre cenas comuns aparentemente reais e situações ficcionais. São descrições com riqueza de detalhes sobre o olhar, a paisagem, os gestos, os sentimentos, o ambiente, as pessoas em situações cotidianas. O conto retrata a história de Sorôco, de sua mãe e de sua filha. As personagens estão na estação de trem à espera do transporte que levaria as duas mulheres para a cidade de Barbacena. Sorôco se mantém em tom de despedida diante de uma sofrida partida. Guimarães Rosa descreve Soroco como “o triste do homem, lá, decretado, embargando-se de poder falar algumas suas palavras”, homem transformado em “oco sem beira”. A personagem descrita por Guimarães Rosa estava na estação de trem para embarcar sua mãe e sua filha rumo à ida sem volta. A mãe e a filha aparecem no conto sem nomes próprios, talvez numa demonstração do

lugar do louco naquele contexto: um sujeito não nomeável, destituído de marcadores de humanidade e de identidade. A locomotiva por elas esperada servia para o transporte de bois, produtos, pessoas, etc. Nessa locomotiva havia vagões para passageiros, sendo um deles isolado para o transporte dos loucos. Esse trem os conduzia para o Hospital Colônia de Barbacena. Este Hospital foi instituído em 1903 nas instalações onde outrora havia um sanatório para tuberculosos que lá funcionava desde de 1889 em terras antes pertencentes a Joaquim Silvério dos Reis, conhecido delator da Inconfidência Mineira. Em 1932 Barbacena já era a referência de destino para os loucos de Minas Gerais e de estados vizinhos, fato que lhe conferiu o apelido de ‘cidade dos loucos’. Na descrição das instalações do vagão destinado aos loucos verifica-se que este “não era um vagão comum de passageiros, de primeira, só que mais vistoso, todo novo. A gente reparando, notava as diferenças. Assim repartido em dois, num dos cômodos as janelas sendo de grades, feito as de cadeia, para os presos [...] de janelas enxequetadas de grades”. Esse vagão ficava “[...] quase no fim da esplanada, do lado do curral de embarque de bois”. Em suma, o vagão destinando para o transporte dos loucos tinha grades nas janelas e ficava lá no fim, entre os últimos, próximo do vagão que transportava o gado, um lugar sem prioridade na composição da locomotiva. A estrutura do veículo “[...] lembrava um canoão no seco, navio”. Arbex (2013, p. 27) comparou o ‘trem de doidos’ que chegava a Barbacena com os trens que transportavam judeus para os campos de concentração nazistas. Vagões abarrotados de pessoas que muitas vezes nem sabiam em qual cidade estavam desembarcando. Após visita às instalações desse manicômio, a tragédia humanitária ali constante foi equiparada por Basaglia como uma situação típica de um campo de concentração. A rigor, a alusão à ‘travessia’, ao deslocamento, ao transporte dos loucos é um acontecimento social registrado desde o século XVII. Em princípio, para Foucault (2005, p. 43), “no hospital, o internamento é uma sequência de embarque”. O embarque para um território estrangeiro, desconhecido, sem esperança de retorno. A propósito, o primeiro capítulo de ‘*História da Loucura*’ retratou justamente a *Stultifera Navis*. Registrado por pintores e escritores renascentistas, a *Narrenschiff* era uma embarcação que transportava um carregamento de pessoas insanas de uma cidade para outra. Descrevendo essa invenção do século XVII, Foucault (2005, p. 9) a ela se reportou dizendo que “um objeto novo acaba de fazer seu aparecimento na paisagem imaginária da Renascença; e nela, logo ocupará lugar privilegiado: é a Nau dos Loucos, estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos” (FOUCAULT, 2005, p. 9). O trem descrito por Guimarães Rosa cumpria uma função

semelhante da Nau dos Loucos, nos propósitos e nas consequências; a diferença era que o “trem dos loucos” tinha ponto de chegada definido. Isso demonstra, mais uma vez, o fenômeno da conservação do *modus operandi* e das respostas sociais/assistências que o paradigma psiquiátrico forjou e consolidou. A Nau dos Loucos da renascença fez-se repetida no ‘trem dos loucos’ de Barbacena no século XX. Não como acidente histórico, mas como um paradigma: o internamento como o destino final. Em quase todos os casos o desfecho era a exclusão social.

Os registros literários acima apresentados são apenas uma amostra de como o imaginário social assimilou a ‘solução’ psiquiátrica padrão. Em momentos diferentes - 1882, 1920 e 1932-, mesmo com um hiato de aproximadamente cinquenta anos entre os textos, vê-se a representação dos mesmos princípios e pressupostos, o que revela a consistência e a força de reprodução do paradigma da psiquiatria.

A prática psiquiátrica que se consolidou ao longo dos últimos dois séculos e meio caracteriza-se como um paradigma. Thomas Khun define um paradigma científico como sendo um conjunto de “[...] realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (KHUN, 1998, p. 13). Desde o século XVIII o alienismo se tornou o fornecedor dos problemas e das soluções não somente para a comunidade científica, mas também para a comunidade em geral, considerando os formuladores de políticas e os operadores do direito.

O paradigma tem força suficiente para formatar as fronteiras da racionalidade, criando um conjunto de formas-tipo ou modelo-padrão de representação de um determinado problema. Essa operação implica em um duplo movimento: por um lado, o paradigma isola e engloba todos os acontecimentos similares e permite a replicação de exemplos, situação em que cada um dos exemplos comporta um padrão normal (efeito de validação do paradigma); por outro lado, o paradigma refuta tudo que possa produzir variação divergente do padrão (efeito de blindagem do paradigma).

Para Khun, “o paradigma funciona ao permitir a reprodução de exemplos, cada um dos quais poderia, em princípio, substituir aquele” (idem, p. 44). A partir desse pressuposto, pode-se considerar que o paradigma psiquiátrico -seus problemas e suas soluções- determinou o padrão de reprodução de acontecimentos institucionais em todos os lugares onde se reproduziu. Cada unidade de manicômio repetiu o ‘modelo normal’ do paradigma. Na pequena Itajaí, na grande Rio de Janeiro, na promissora Barbacena e em todos os outros contextos para onde o paradigma se fez presente.

O paradigma forja uma espécie de “ciência normal”, com regras aceitas por todos os pares da comunidade de interlocutores. Consiste numa constante atualização das promessas centrais obtidas por meio da ampliação do conhecimento dos fatos escolhidos como relevantes, o que fortalece ainda mais os pressupostos constitutivos do próprio paradigma (KUHN, 1998, p. 44). Portanto, a “ciência normal” é uma atividade conservadora que visa preservar suas bases. No que diz respeito à consolidação do paradigma psiquiátrico, pode-se dizer que a constante promessa de obtenção de ‘ganhos’ com a internação atualizou e reforçou o próprio paradigma. Inicialmente entendeu-se que o ganho era a manutenção da ‘ordem social’, promessa posteriormente transferida para a expectativa de proveitos terapêuticos. Em todo caso, reduzia-se a aposta no internamento como a solução padrão, normal, inalterável.

A ‘ciência normal’ implica no reconhecimento das realizações científicas anteriores, “[...] essas realizações são reconhecidas durante algum tempo por alguma comunidade científica como proporcionando os fundamentos para sua prática posterior” (idem, p. 29). O caráter conservador intrínseco de um paradigma pode explicar a condição rígida e pouco permeável do discurso psiquiátrico hegemônico por mais de dois séculos, o que se constituiu como a principal barreira para as necessárias mudanças assistenciais a partir da segunda metade do século XX. Essa hipótese também é válida para a atualidade.

Em linhas gerais, tomando por empréstimo a linha de raciocínio adotado no primeiro posfácio de “*A estrutura das revoluções científicas*”, constata-se que o conceito de “paradigma” foi construído por Kuhn a partir de duas perspectivas distintas, mas não opostas: em primeiro lugar, corresponde a uma espécie de “constelação de crenças, valores, ‘técnicas, etc.; partilhadas pelos membros de uma comunidade determinada”; em segundo lugar, o conceito denota elementos específicos dessa constelação que são exatamente “[...] as soluções concretas do quebra-cabeças que, empregadas como modelos ou exemplos, podem substituir regras explícitas como base para a solução dos restantes quebra-cabeças da ciência normal” (idem, p. 218). O autor considera que essa primeira característica tem um sentido ‘sociológico’.

Bourdieu (2001, p. 25) citou essa primeira perspectiva de Kuhn para exemplificar sua compreensão sobre a *doxa* ao considerar que a *doxa* é também uma constelação de crenças e valores. Para Bourdieu a “*doxa médica*” é uma variação da *doxa epistêmica*. Todos os campos (filosófico, econômico, artístico, religioso, médico, etc.) possuem crenças fundantes que determinam os sentidos e as práticas dos agentes

que nele se inserem. Com o campo acadêmico e profissional não é diferente. A psiquiatria, assim como as demais práticas, tem seu *habitus* constituído a partir de *doxas*. Esses conceitos do vocabulário bourdieusiano são fundamentais para analisar o espaço social no qual se constitui o novo modelo assistencial em saúde mental no mundo e no Brasil. A hipótese aqui formulada considera que a ‘reforma psiquiátrica’, enquanto mudança paradigmática, implicou numa profunda crise na *doxa* e, conseqüentemente, no *habitus* psiquiátrico, o que suscitou resistências e reações movidas por uma força de auto-conservação estruturante do próprio *habitus*. Historicamente a psiquiatria enfrentou as crises, tendo como solução novas versões de *aggiornamento*, indicando que os fluxos de decomposição e de recomposição buscaram preservar as *doxa* fundantes, as estruturas estruturantes da sua ‘razão prática’.

A *doxa* “vem a ser a condição para a existência de todos os campos eruditos” (idem p. 20). Portanto, a *doxa* é uma condição estruturante, um pressuposto constitutivo da formação do campo, definidora da posição dos agentes, determinante do *habitus*. É a *doxa* que define o sentido do campo, compelindo seus agentes a assimilarem as crenças fundamentais e reproduzirem tacitamente o ‘senso de limites’ do campo. Implica numa espécie de “[...] direito de ingresso exigido por todos os universos escolásticos e condição indispensável para neles distinguir-se” (idem, p. 25). Assim como as demais, a *doxa epistêmica* corresponde a um “conjunto de crenças fundamentais que nem sequer precisam se afirmar sob a forma de um dogma explícito e consciente de si mesmo” (idem, ibidem). Contudo, há uma característica particular. A *doxa epistêmica* possui uma dimensão epistemológica “adquirida por uma experiência escolar” (BOURDIEU, 2011, p. 201), ou seja, por meio da *skholé*. Filósofos e eruditos também estão imersos num “sono escolástico” (BOURDIEU, 2001; BOURDIEU, 2011) no qual ignoram os pressupostos do próprio pensamento, ou as condições do ponto de vista das crenças fundantes do campo. Cabe considerar que tal observação sobre a *doxa epistêmica* e a *skholé* “não deve ser compreendida como uma condenação ou uma denúncia política, mas como uma questão epistemológica fundamental sobre o impacto da *doxa epistêmica* sobre a formação do pensamento e a produção do conhecimento” (DEER, 2018, p.166). Esse é um conceito fundamental na sociologia bourdieusiana a partir do qual as “razões” e o “senso” dos agentes num campo passam a ser explicados como “parte de uma teoria da prática” (idem, p. 156), aqui usada como referência para analisar o *habitus* psiquiátrico e as lutas da psiquiatria no campo da saúde mental.

Retomando uma tradição filosófica fenomenológica, Bourdieu se referia à *doxa* como uma espécie de conhecimento intuitivo, pré-reflexivo, autoevidente; uma compreensão primeira e imediata. São as crenças compartilhadas num campo que criam consensos sobre os sentidos das coisas, ou seja, “essa espécie de crença que nem sequer percebe a si mesma como crença” (BOURDIEU, 2014, p. 339). Deer (2018, p. 156) considera que o conceito se “refere ao conhecimento intuitivo pré-reflexivo moldado pela experiência, a predisposições físicas e relacionais inconscientes que são herdadas”. Para Bourdieu (2014, p. 322), corresponde a estruturas cognitivas incorporadas, tornadas inconscientes, por efeito de uma espécie de ‘amnésia da gênese’, reproduzidas como “estruturas objetivas que é o verdadeiro fundamento do consenso sobre o sentido do mundo, da crença, da opinião”. A *doxa* é o produto de uma socialização “[...] que leva à incorporação generalizada das estruturas do mercado de bens simbólicos sob a forma de estruturas cognitivas em consonância com as estruturas objetivas desse mercado” (BOURDIEU, 2011, p. 192). Ainda sobre a formulação do conceito, esse autor afirma que são “creencia silenciosa, que no tiene necesidad de justificación: bajo la exigencia de sacar a la luz lo impensado de una institución, enuncia con todas las letras la verdad de su puesto, humilde y piadoso comunicador de un culto que lo sobrepasa” (BOURDIEU, 2008, p. 154).

Na condição de uma estrutura cognitiva incorporada, ou seja, na assimilação de um sistema de crenças, o agente reproduz a *doxa* sem qualquer reconhecimento de sua origem, sem qualquer identificação do ponto de partida ou gênese; por isso adquire a dimensão de uma percepção pré-reflexiva. Além disso, por ser a reprodução dos sentidos de uma tradição, a *doxa* é autoevidente, não permite sentidos contrários. Como parte do ‘senso prático’, “não é preciso dizer o que é essencial porque ele vem sem precisar ser dito, onde a tradição é silenciosa, especialmente quanto a ela mesma enquanto tradição (BOURDIEU, 1977, apud DEER, 2018, p. 157). Desse modo, “as teses da *doxa* são teses cujo contrário não existe: é assim, é a tradição, não há o que contestar, ‘é assim, de memória perdida’ ” (BOURDIEU, 2014, p. 122).

Os sentidos não estarão acessíveis à memória imediata do agente, de modo que a percepção e o comportamento ocorrem inconscientemente por efeito da *doxa* internalizada. Para Deer (2018, p. 156) esse conceito permite a “explicação da prática das atitudes “naturais” em sociedades tradicionais a partir de uma perspectiva fenomenológica”, como também permite “oferecer uma compreensão do raciocínio

prático dos grupos de pessoas estudados com base em sua própria visão e experiência do mundo”.

Uma das consequências concretas para a análise crítica do mundo social e da prática dos agentes de um campo é o fato de que a *doxa* molda a representação do mundo social. As crenças, as opiniões, as atitudes dos agentes num campo estão circunscritas num conjunto de possibilidades legitimadas que determinam o próprio sentido do mundo. “O mundo social se dá no modo da *doxa*, essa espécie de crença que nem sequer percebe a si mesma [...]” (BOURDIEU, 2014, p. 340). O consenso sobre o sentido do mundo se dá ao nível da dimensão pré-reflexiva, herdada, assimilada, inconscientemente reproduzida na forma como se percebe e age sobre a realidade. “Quando se trata do mundo social, as palavras criam as coisas, já que criam o consenso sobre a existência e o sentido das coisas, o senso comum, a *doxa* aceita por todos como dada” (BOURDIEU, 2011, p.127).

O que se destaca, o que ganha sentido, o que é reconhecido como problema e o que é apontado como solução decorre da *doxa*, algo semelhante ao que Thomas Kuhn reconhecia como o que estabelece as fronteiras da racionalidade num determinado paradigma, ou seja, o que define as formas-tipo, ou a visão de mundo de um determinado paradigma, constituindo a “ciência normal” representada por uma constelação de crenças compartilhadas entre os praticantes de uma determinada ciência, ou, no vocabulário bourdieusiano, partilhadas entre os agentes de um campo.

As práticas de um agente são definidas pelo seu *habitus* que, por sua vez, é constituído por uma via de mão dupla entre as estruturas objetivas (os campos sociais) e as estruturas cognitivas incorporadas (a *doxa*). O *habitus* é o princípio gerador das práticas distintas e distintivas num determinado campo (BOURDIEU, 2011, p. 22). Os agentes sociais são dotados de *habitus* cujos esquemas de percepção permitem operar atos de conhecimento prático (BOURDIEU, 2001, p. 169). O *habitus* é um sistema disposicional durável, estruturas estruturadas e estruturantes, princípio gerador e organizador de práticas sem que se suponha intenções conscientes dos fins (BOURDIEU, 2013, p. 87). O *habitus* fornece ao agente um perspicaz ‘senso do jogo’, ‘senso dos limites’ que é uma forma exemplar de “senso prático”. De acordo com DEER (2018, p. 156) “a *doxa* se refere a opiniões e percepções pré-reflexivas compartilhadas... determinam práticas e atitudes “naturais” através do “senso de limite” e do *habitus* internalizado dos agentes nesses campos”.

A *doxa* estrutura o *habitus* que, por sua vez, orienta a prática dos agentes. Desse modo, o mundo prático passa a se constituir na relação com o *habitus* “como sistema de estruturas cognitivas e motivadores, é um mundo de fins já realizados, modos de emprego ou movimento a seguir [...]. Estão no princípio dos esquemas de percepção e de apreciação por meio dos quais são apreendidas” (BOURDIEU, 2013, p. 88). Ambos tendem a aparecer como se fossem naturais.

Para Deer (2018, p. 156), a *doxa* contida no *habitus* que guia o ‘senso do jogo’ pode “explicar as ações e a prática em organizações sociais tradicionais em que a correspondência quase perfeita entre as estruturas sociais e as estruturas mentais, entre a ordem objetiva e as justificações subjetivas, torna inquestionáveis os mundos natural e social”. Desse modo, deve-se explicitar os fundamentos (estruturas cognitivas) que sustentam a lógica da prática, das expectativas e das relações implícitas daqueles dos agentes práticos e suas disposições nas instituições e campos. Na atividade acadêmica isso seria equivalente ao exercício de “despertar do sono escolástico”. Para Bourdieu (2014, p. 223) o esforço de examinar as “protocrenças”, buscar sua gênese e afastá-las, é uma das tarefas da Sociologia. Assim, “por razões tanto científicas quanto políticas, a sociologia deve empenhar-se para elucidar o que diz e o que não diz a *doxa*, o que ela incita a pensar implicitamente [...], uma condição prévia para a análise dos universos de produção simbólica” (CATANI, et. al. 2017, p. 159). Não se trata de denúncia das aparências, mas uma análise profunda do sistema de crenças configurado como *doxas*, considerando as condições sociais de sua produção e a repercussão nas ações dos agentes, os reais operadores práticos do mundo social.

Ao longo do processo de sua constituição, a psiquiatria enquanto subcampo de um espaço social mais amplo, com seus agentes e com suas práticas, com autonomia relativa e regras inerentes ao próprio campo, reproduziu as mesmas condições da gênese dos demais campos: a) surgiu num momento historicamente determinado; b) fortaleceu-se no processo de autonomização relativa; c) sedimentou um conjunto de *doxas* incorporadas e reproduzidas pelos seus praticantes; d) consolidou-se pelas vitórias em sucessivas batalhas por acumulação de capitais (simbólico, social, político, econômico). Como dito anteriormente a partir das análises de Michel Foucault e Robert Castel, a psiquiatria foi obtendo seu mandato social e se construindo como campo na medida em que gradativamente logrou êxito nas lutas simbólicas com a religião, a justiça e a própria medicina. Com base em Bourdieu (2001, p. 224), pode-se dizer que “o efeito inevitável dessas lutas, sobretudo, se instituídas num campo político [...] consiste em

fazer aceder a explicitação, ou seja, ao estado de opinião constituída, uma fração mais ou menos extensa da *doxa*”. A luta política travada no interior de um campo é a busca da afirmação e obtenção da hegemonia na orientação dos sentidos e das ações práticas dos agentes sociais. Trata-se de uma operação cognitiva (teórica e prática), simbólica por excelência, que almeja ser dominante e com isso impor uma visão do mundo social idealizada como ‘legítima’. A luta é “[...] pelo reconhecimento, acumulado sob a forma de um capital simbólico de notoriedade e respeitabilidade, que confere autoridade para impor o conhecimento legítimo do *sentido* do mundo social, de sua significação atual e da direção na qual ele vai e deve ir” (BOURDIEU, 2001, p. 226)

As lutas empreendidas pela psiquiatria por volta do século XVIII permitiram ganhos cuja repercussão extrapolou a mera construção da identidade dos agentes (os alienistas). A psiquiatria conseguiu consolidar um dispositivo assistencial exclusivo, somente seu, dissociado do Hospital Geral, lugar onde aconteciam todas as outras práticas médicas. Essa é uma conquista não vista nos demais subcampos (áreas) da medicina. O asilo/hospício/manicômio se destacou do Hospital Geral, fato que marcou em definitivo o lugar da psiquiatria no imaginário social e político desde meados do século XVIII, tendo se consolidado no século XIX. Aquele século foi caracterizado por Castel (1978) como sendo “a idade de ouro do alienismo”. O alienismo fundou um novo paradigma: a ordem psiquiátrica.

Tomando como base a tese bourdieusiana sobre as crenças constitutivas do ‘senso prático’, pode-se considerar que o *habitus* psiquiátrico foi inspirado numa *doxa* fundante que garantiu uma estabilidade perfeita entre as estruturas mentais (estruturas cognitivas) e as estruturas sociais. A descrição realizada por Castel sobre a “síntese asilar” é compatível com o conceito de *doxa* tal como elaborado por Bourdieu. Para Castel (1978, p. 9), as transformações empreendidas no campo da política de saúde mental no começo do século XIX na França –estendida para a Europa e outros continentes – forjou um conjunto finito de racionalizações que articularam um número finito de elementos: 1) a configuração de um código teórico [os sistemas nosográficos classificatórios iniciados com o gesto inaugural de Pinel]; 2) o desenvolvimento de uma tecnologia de intervenção [a exemplo do ‘tratamento moral’ e do ‘isolamento terapêutico’]; 3) a constituição de um corpo de profissionais [os alienistas, os médicos-chefes nos hospícios/manicômios]; 4) a definição de um estatuto do doente [o alienado, o incapaz]. Esse pequeno grupo de índices constituiu uma combinação com relativa estabilidade de ocorrência e com conteúdo relativamente fixo de modo que essa “síntese

alienista apresentou uma coerência extraordinária, sendo cada uma das suas partes construída em relação às outras a partir da matriz comum da internação”. O internamento, como procedimento, correspondeu à consequência prática dessa *doxa*, uma espécie de “[...] consenso sobre a existência e o sentido das coisas, o senso comum, a *doxa* aceita por todos como dada” (BOURDIEU, 2011, p. 127).

O internamento do louco enquanto prática estruturada foi o ‘consenso’ gerado pelo *habitus* no (sub)campo psiquiátrico. Na condição de produto, o *habitus* gera práticas coletivas e individuais, em sintonia com os sistemas de crenças gestadas pela história, “garante a presença ativa [...] que sob a forma de esquemas de percepção, de pensamento e de ação, tendem, de forma mais segura que todas as regras formais e que todas as normas explícitas, a garantir a conformidade das práticas e sua constância ao longo do tempo” (BOURDIEU, 2013, p. 90). Assim sendo, o internamento tornou-se a “[...] cristalização de práticas elaboradas num contexto histórico preciso, em relação a uma problemática social concreta” (CASTEL, 1978, p. 9). Convém considerar que, como disse Derr (2018, p. 158), “[...] a *doxa* assume a forma de uma sujeição compartilhada e desconhecida às “regras do jogo” por parte de agentes com *habitus* semelhantes [...], a *doxa* está ao mesmo tempo na raiz e no coração de respostas unânimes”.

Quanto à ‘síntese alienista’, o primeiro elemento destacado por Castel tem uma enorme força. Delegou-se aos primeiros ‘alienistas’ o poder de definir os códigos nosográficos: nomear e classificar as diferentes formas de manifestação da loucura. Nas lutas desencadeadas com intuito de impor os sentidos do mundo social, as batalhas pelo “poder de nomeação” são absolutamente significativas. Bourdieu (1989, p. 142) compreendeu que o poder de nomeação corresponde a uma forma de poder político imbuído de um poder quase mágico. É o poder de bem dizer ou mal dizer; o poder de definir os critérios de inclusão e exclusão num determinado diagnóstico. Foi esse poder de nomeação, condição descomunal, exclusiva e desigual dos alienistas, que fez com que o Dr. Simão Bacamarte no conto de Machado de Assis incluísse em seu catálogo nosográfico os ‘sinais e sintomas’ que levaram ao internamento 80% da população de Itaguaí. Esse é um poder simbólico que se configura como instrumento de dominação (BOURDIEU, 1989, p. 10). Como consequência do poder de nomeação ocorre a produção de sentidos do mundo social. Assim, “a *doxa* é um ponto de vista particular, o ponto de vista dos dominantes, que se apresenta e se impõe como ponto de vista

universal; o ponto de vista daqueles que dominam dominando [...] e que constituíram seu ponto de vista em ponto de vista universal [...]”<sup>32</sup> (BOURDIEU, 2011, p. 119).

A amnésia da gênese (por exemplo, o internamento como resposta às crises sociais, econômicas e morais, como apresentado por Foucault (2005)), a “tradição silenciosa” da *doxa* e os acordos tacitamente admitidos como óbvios fizeram do internamento psiquiátrico uma prática regular, inquestionável, legitimada pelas crenças dominantes do grupo dominante e pela ação cotidiana dos operadores práticos (alienistas/psiquiatras) tomados por um ‘senso do jogo’, ‘senso dos limites’, ‘senso prático’. O senso prático corresponde a “[...] um sistema adquirido de preferências, de princípios de visão e de divisão [...], de estruturas cognitivas duradouras [...] e de esquemas de ação que orientam a percepção da situação e a resposta adequada” (BOURDIEU, 2011, p. 42). O *habitus* em si é uma espécie de “senso prático do que se deve fazer em uma dada situação” (idem, *ibidem*)

Como revelou Machado *et al.* (1978, p. 376), ao longo do século XIX o hospital psiquiátrico foi o principal instrumento terapêutico cuja racionalidade se fez presente em todos os recantos onde o paradigma psiquiátrico pode chegar. A crença na função terapêutica do hospício e o acordo tácito para hospitalizar todos os que agissem em desconformidade com os valores da ordem social fizeram do internamento um tipo de “solução concreta” para o quebra-cabeças do ‘problema’ epistemológico delimitado pelo paradigma psiquiátrico. Com isso, o hospício/manicômio, lugar onde o *habitus* psiquiátrico governa soberanamente, tornou-se um instrumento que serviu tanto para aplicação prática da ‘orto-*doxia*’ dominante como também se tornou o dispositivo de validação do próprio discurso psiquiátrico no campo da saúde. Trata-se de uma trama que consolidou ao mesmo tempo o *habitus* - enquanto sistema de disposições duráveis geradoras de práticas - e revigorou as linhas constitutivas do próprio campo - enquanto espaço de disposições onde os agentes disputam capitais. Desse modo, “o reforço mútuo entre o campo e o *habitus* fortalece o poder predominante da *doxa*, que guia o “senso do jogo” apropriado daqueles envolvidos no campo através de pressuposições que estão inseridas na própria *doxa*” (DEER, 2018, p. 157); ou seja, a *doxa* da ‘síntese psiquiátrica’ fortaleceu o *habitus* psiquiátrico que, por sua vez, reforçou a própria *doxa* conferindo-lhe estabilidade e durabilidade.

Na prática, a durabilidade e a hegemonia da *doxa* fundante da psiquiatria se estendeu do começo do século XIX até metade do século XX quando começaram a

---

<sup>32</sup> Nesse texto, Bourdieu se refere à *doxa* dominante em relação ao Estado.

surgir os sinais mais fortes de uma crise no interior do paradigma, o que instigou as diferentes tentativas de reforma da assistência psiquiátrica. Daí então surgiu um novo capítulo nessa história. As “revoluções científicas” ocorrem justamente nos momentos em que o paradigma entra em crise, onde as bases teóricas e/ou práticas já não satisfazem a expectativa dos praticantes ou de um grupo deles. Instaura-se um dissenso de onde surgem ‘anomalias e violações’ que podem conduzir à deterioração do paradigma. O repetido fracasso nas tentativas de ‘ajustar’ as anomalias podem precipitar a eclosão de uma crise. Para Kuhn (1998, p. 95),

a emergência de novas teorias é geralmente precedida por um período de insegurança profissional pronunciada, pois exige a destruição em larga escala de paradigmas e grandes alterações nos problemas e técnicas da ciência normal. Como seria de esperar, essa insegurança é gerada pelo fracasso constante dos quebra-cabeças da ciência normal em produzir os resultados esperados. O fracasso das regras existentes é o prelúdio para uma busca de novas regras.

A “revolução científica” implica na decomposição de um paradigma e compele a grandes alterações nos problemas da ‘ciência normal’ por meio da introdução de contradições nos fundamentos do discurso normal. Trata-se de uma operação de mão-dupla: refutar os fundamentos da ‘ciência normal’ e apresentar novos problemas e novas soluções. As críticas aos fundamentos (crenças e valores instituídos) do paradigma psiquiátrico se avolumaram desde o final da Segunda Guerra Mundial, não mais como tentativa de ‘ajustar’ o paradigma psiquiátrico aos novos valores do mundo social. As ‘soluções concretas’ do problema da loucura, tal como configurado pela psiquiatria, foram o alvo de ‘violações’ e rupturas produzidas pela força instituinte do novo paradigma. O capital simbólico do poder psiquiátrico e o manicômio como ‘solução prática’ passaram a ser refutados. Para Foucault (2018, p. 206), o questionamento incidiu na “[...] maneira pela qual o poder médico estava implicado, na verdade daquilo que dizia [...]. Todas as grandes reformas, não só da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno dessa relação de poder”.

Basaglia fez críticas contundentes à violência do poder psiquiátrico e ao manicômio enquanto lugar de onde se esperava ‘soluções terapêuticas’. Questionou-se o sistema institucional transcendendo a própria psiquiatria a fim de atingir as estruturas sociais que sustentavam o paradigma em si. Desse modo, a resposta à loucura não deveria estar vinculada à síntese alienista que, ao contrário de ser uma solução, é condição de reprodução do problema: a exclusão social, a cronificação, a arbitrariedade nas relações de poder entre médicos e pacientes. Basaglia (1979, p. 87) insistiu em “[...]”

manter aberta essa contradição. Qualquer que fosse a forma de administrar a instituição ou o manicômio, este seria sempre um lugar de controle social, e não de cura. A única possibilidade de enfrentar a doença mental ou a loucura seria eliminar o manicômio”. O novo paradigma não mais assumiu compromisso com a manutenção do legado psiquiátrico, ao contrário, pressupunha que a herança precisava ser desfeita.

Ao analisar as pretensões iniciais da RPB, Amarante considera que a adoção do termo ‘revolução’, ao invés de ‘reforma’, não seria conceitualmente um equívoco. Com base nos postulados de Thomas Kuhn e Félix Guatarri, esse autor se referiu à superação do paradigma psiquiátrico como uma “[...] transformação radical do saber e da prática psiquiátrica, o que, certamente, seria mais adequado à pretensão (e não necessariamente à aplicação) do projeto da reforma psiquiátrica brasileira no contexto atual” (AMARANTE, 2003, p. 47). Com a reforma psiquiátrica, ocorreu um deslocamento radical nos sentidos e nas representações sobre a loucura. Desse modo, a reforma psiquiátrica corresponde a “[...] um processo histórico de formulação crítica e prática [...] de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 1995, p. 87).

Bourdieu previu a possibilidade de crises e possíveis mudanças no *habitus*. Se, por um lado, o *habitus* tem a característica de durar um longo tempo, por outro lado, o *habitus* também é tensionado pelas circunstâncias históricas. As condições objetivas do *campo* variam em conformidade com o tempo e com a história, o que implica em constantes conflitos com o *habitus*. Em situações convencionais o desfecho dessas crises seria um rearranjo harmônico entre *habitus*, campo e história. Entretanto, pode ocorrer uma espécie de perturbação entre o *habitus* e o campo quando o primeiro não consegue acompanhar em tempo adequado as mudanças que incidem sobre o campo. A esse fenômeno Bourdieu deu o nome de “*histerese*”, que corresponde exatamente à manifestação de uma crise em que surge um desencaixe entre o *habitus* e o campo. Deslocamentos culturais, econômicos, políticos podem precipitar mudanças nas estruturas do campo, exigindo o reposicionamento dos agentes, implicando em novas ‘disposições’, novas crenças, novos fundamentos epistemológicos; enfim, produz-se tencionamento nas *doxas* e consequentemente no *habitus*. Para Bourdieu (1983, p. 77),

a *histerese* dos *habitus*, que é inerente às condições sociais da reprodução das estruturas nos *habitus*, é sem dúvida um dos fundamentos do desacordo estrutural entre as ocasiões e as disposições para aproveitá-las que gera as ocasiões perdidas e, em particular, a impotência, frequentemente observada, para pensar as crises históricas seguindo categorias de percepção e do pensamento que não sejam as do passado [...]

A crise é necessária para que ocorra uma ruptura com a *doxa* dominante. O sistema de crenças assimiladas pela tradição sofre abalos e pode ser ‘reformado’ precisamente nos tempos de crise. Para Deer (2018, p. 159/160) isso ocorre “quando modificações e perturbações socioestruturais drásticas poderiam criar uma consciência crítica que poderia enfraquecer a *doxa* predominante e alimentar o surgimento de outras”. Bourdieu recorreu à metáfora do “peixe fora da água” para se referir ao desencaixe ou o desencontro na autoregulação entre o *habitus* e o campo. O *habitus* tende a se proteger das crises (BOURDIEU, 2013, p. 100) e a garantir sua própria constância. O faz evitando mudanças, mantendo a inércia “cuja tendência espontânea consiste em perpetuar estruturas correspondentes às suas condições de produção” (BOURDIEU, 2001, p. 196). Contudo, pode surgir um desalinhamento com as mudanças ocorridas no campo, “é caso, em particular, quando um campo atravessa uma crise profunda e verifica suas regularidades (até mesmo suas regras) profundamente transtornadas” (idem, ibdem).

As barbaridades produzidas pelas duas grandes Guerras Mundiais do século XX compeliram a humanidade a repensar suas práticas e seus destinos. O totalitarismo político assim como as instituições totais tornaram-se o centro das críticas que aspiravam um outro projeto civilizatório. Como disse Amarante (2007, p. 40), a sociedade passou a refletir sobre a condição humana, “tanto sobre a crueldade quanto sobre a solidariedade existentes entre os homes e foi criando assim condições e possibilidades históricas para outro período de transformações psiquiátricas”. Viu-se que as atrocidades vivenciadas pelos internos em hospitais psiquiátricos em vários países –entre eles, o Brasil – não se diferenciava muito das condições humanas degradadas tal como vivenciadas nos campos de concentração (AMARANTE, 2007; ARBEX, 2013). Portanto, a mudança radical na assistência psiquiátrica fez parte do novo pacto civilizatório. Algo bem mais complexo que meros reparos circunstanciais.

Tomando como chave analítica a alusão bourdieusiana sobre a ‘crise profunda’, pode-se considerar que as condições sociestruturais foram radicalmente alteradas após a Segunda Guerra Mundial, o que repercutiu no campo e no *habitus* da psiquiatria. Os novos valores precipitaram transformações na civilização como um todo. Os movimentos sociais de contestação, sobretudo a partir da década de 1960, sacudiram as instituições ortodoxas e exigiram mudanças significativas, densas e abrangentes. Partiu-se da recusa de um conjunto de valores outrora dominantes. Isso culminou com uma ‘perturbação’ severa em várias instituições sociais clássicas, entre as quais a psiquiatria

e o manicômio. Dessa crise surgiu a necessidade de uma ‘nova ordem’ diferente da “ordem psiquiátrica” descrita por Castel (1978), retratando o cenário do século XIX.

A partir da segunda metade do século XX praticamente todos os países desenvolvidos realizaram importantes transformações assistenciais na saúde mental. Em alguns casos, as transformações se limitaram à introdução de melhoramentos nas práticas realizadas no interior dos hospitais, mudanças pontuais não necessariamente uma reforma estrutural. Contudo, vários países iniciaram movimentos de alterações profundas na legislação nacional para que se produzissem transformações radicais na assistência em saúde mental como um todo. Tornou-se consenso a necessidade de redimensionar a assistência psiquiátrica com a criação de mecanismos que impedissem: 1) internamentos desnecessários; 2) longa permanência e cronificação; 3) práticas violentas; 4) prejuízos aos direitos civis. Por outro lado, buscou-se oferecer um conjunto de dispositivos que pudesse, por sua vez, oferecer alternativas comunitárias em redes diversificadas de serviços que garantissem a retaguarda clínica necessária associada à proteção da cidadania e a inserção social dos usuários do sistema de saúde mental historicamente marcados pela exclusão.

Em decorrência desse *zeitgeist* surgiu o ‘paradigma da atenção psicossocial’ que “tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o *Modo Asilar*, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria” (COSTA –ROSA, LUZIO & YASSUI, 2003, p. 43)<sup>33</sup>. Se, por um lado, as mudanças no campo tornaram-se evidentes, por outro lado não há uma ‘nomeação’ uniforme para esse acontecimento. Há uma vastidão de termos que buscam traduzir tal transformação. Na literatura da área pode-se encontrar diversos sintagmas como: ‘campo da saúde mental’; ‘campo de atenção psicossocial’; ‘paradigma psicossocial’; ‘modelo psicossocial’; ‘reabilitação psicossocial’; ‘reforma psiquiátrica’; ‘desinstitucionalização’. Este último termo é mais regularmente utilizado como síntese desse processo. Mesmo com a diversidade de termos, há consenso no que diz respeito à necessidade de superar o outrora hegemônico modelo hospitalocêntrico e toda sua *doxa*. A ruptura paradigmática se deu em função de um despertar do ‘sono escolástico’ sob o qual repousou a *doxa epistêmica* médico-filosófica que legitimou a psiquiatria, seus problemas e suas soluções.

Essas transformações foram produzidas a partir de um giro epistemológico o qual Amarante (2003, p. 49) categorizou como a ‘dimensão teórico-conceitual’ da

---

<sup>33</sup> Ver tópico acima: 3.4.2 - A Reforma Psiquiátrica Brasileira e o modelo de atenção psicossocial

reforma psiquiátrica descrita como um “conjunto de questões que se situam no campo da produção dos saberes, que dizem respeito à produção de conhecimentos, que fundamentam e autorizam o saber/fazer médico-psiquiátrico”. Em linhas gerais, trata-se de uma “reflexão dos conceitos mais fundamentais da psiquiatria que, como vimos, foi fundada num contexto epistemológico em que a realidade era considerada um dado natural, capaz de ser apreendida e revelada em sua plenitude” (AMARANTE, 2007, p. 66). Para além disso, seguindo a perspectiva bourdieusiana, pode-se considerar que a *doxa* estruturante do paradigma psiquiátrico clássico, como todas as demais *doxas*, tem uma profundidade que a situa como uma condição anterior à constituição das teorias e dos conceitos dado que se insere num nível pré-reflexivo. Evidentemente todas as transformações teórico-conceituais que subsidiam a reforma psiquiátrica se tornaram importantes, mas a disputa nesse campo demandou um confronto num nível ainda mais profundo a ponto de atingir os “sustentáculos dos valores dominantes”, como disse Basaglia (1985). Na prática, o processo da reforma psiquiátrica não se esgota com a redução de leitos. Esse é um procedimento administrativo que depende de uma decisão política. O maior desafio da reforma psiquiátrica é superar as crenças e os valores do mundo social (douto ou leigo) que legitimaram o internamento como ‘solução’ para o manejo da loucura.

Desde a década de 1960, sobretudo a partir da experiência estadunidense, a ‘desinstitucionalização’ tornou-se a *ideia-força* ou a ‘imagem-objetivo’<sup>34</sup> na maioria das iniciativas de reforma psiquiátrica em diferentes países. A primeira e mais desafiadora das ações passou a ser a diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos e a simultânea reorientação da assistência para serviços comunitários. No caso dos EUA, desde a metade da década de 1950, passou a existir uma certa convergência em favor da diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos. De acordo com Desviat (1999, p. 58), em 1955 havia 600.000 leitos especializados em psiquiatria naquele país. Esse número diminuiu para 120.000 no início da década de 1990, uma redução de 80% nas 4 primeiras décadas após o início desse processo<sup>35</sup>. Existem atualmente cerca de 35.000 leitos nos EUA.

---

<sup>34</sup> “A imagem-objetivo é uma situação futura que se deseja construir partindo da identificação de uma situação presente insatisfatória possível de ser modificada” (TEIXEIRA & SILVEIRA, 2017, p. 115).

<sup>35</sup> Merece destaque o fato de que nos EUA a reforma psiquiátrica foi conhecidamente influenciada pela ideologia neoliberal que pretendia reduzir custos com políticas sociais, por um lado, e favorecer o mercado de serviços de saúde, por outro lado. Como afirmou Lougon, (2006, p. 198), “nos EUA esse desenvolvimento foi parcialmente determinado pela conveniência aparente de reduzir despesas com internações psiquiátricas. A diminuição do número de leitos e de hospitais psiquiátricos trouxe para aquele país consequências diversas, em sua maioria adversas [...]”. Essa constatação é também

Na França, na década de 80, ocorreu uma proliferação de recursos terapêuticos com ofertas de diversas opções tais como: várias modalidades de psicoterapia, expansão da farmacoterapia, potencialização das oficinas terapêuticas em espaços ambulatoriais, disponibilização de *studios* e hotéis comunitários, entre outros. Esses acontecimentos viabilizaram um conjunto de alternativas ao hospital. Em decorrência disso, “a palavra de ordem tornou-se então cuidados extra-hospitalares e reinserção social” (LOUGON, 2005, p. 184). Nesse período a França fechou 55.000 leitos psiquiátricos e conseguiu reduzir tempo médio de internação de 250 para 57 dia (idem, ibidem).

Negre Filho (2016, pp. 54) estima que em toda Europa Ocidental ocorreu uma redução de aproximadamente 50% dos leitos psiquiátricos entre as décadas de 1950 e 1980. Esse autor entende que esse fenômeno ocorreu por uma combinação de ao menos três fatos: 1) a introdução das drogas psicotrópicas no leque de possibilidades terapêuticas; 2) um estrangulamento dos gastos com assistência hospitalar em função do rápido aumento das despesas com estes serviços nas décadas anteriores, 3) a adoção de políticas de humanização no cuidado em saúde mental.

Depois de mais de cinco décadas desde as primeiras experiências de ações de desinstitucionalização com caráter de política de Estado, já há uma robusta literatura com apontamentos e descrição sobre as mais diferentes experiências tanto as que deram certo como as que fracassaram. Há evidências científicas suficientes para uma transição de modelo feita de modo consistente. Desviat (1999) analisou em vários contextos os impasses, os dilemas e as potências das reformas psiquiátricas; abordou, entre outros, o modelo da reforma psiquiátrica dos Estados Unidos, da França, da Grã-Bretanha, do Quebec (Canadá), da Espanha e finalizou com uma análise da realidade brasileira que naquele momento era germinal e ainda não tinha uma legislação própria, mas já representava para o autor uma expectativa de êxito, conforme acreditou, “porque esta nação constitui uma esperança” (DESVIAT, 1999, p. 13) de onde se esperava ser possível produzir transformações nas dimensões técnica e antropológica. Lougon (2006) realizou uma densa análise com foco na experiência estadunidense, fazendo uma incursão comparativa com outras experiências da reforma em países europeus e no Brasil. Nesse texto o autor aprofundou o estudo dos aspectos críticos das reformas tais

---

considerada por Manoel Desviat que acrescenta que, além do desinvestimento do financiamento das políticas sociais, o fracasso relativo da desinstitucionalização nos EUA se deve a desarticulação entre o sistema de saúde e o sistema de assistência social. “Difícilmente se poderia desenvolver um modelo de atendimento comunitário que exige, entre outros fatores, a universalização dos serviços, em um país e mantém milhões de cidadãos sem nenhum tipo de cobertura, e onde se calcula que possa haver cerca de dois milhões de pessoas sem teto” (DESVIAT, 1999, p. 76).

como: a questão da desassistência, dos quadros crônicos e refratários, das crises e casos agudos, do aumento da população egressa que passou a viver em situação de rua, do financiamento e da privatização da assistência; ao final, tem-se um panorama dos problemas e das alternativas desenvolvidas. Passos (2009) analisou as experiências francesa e italiana apresentando a repercussão clínico-institucional e política na área da saúde mental a partir da mudança do paradigma. Assim, apresentou os novos sentidos, os conceitos, as práticas, as diferenças entre as duas experiências e as consequências concretas nos sistemas de saúde desses dois países. Ernesto Venturini (2016), a partir da sua imersão como diretor de um hospital psiquiátrico na Itália, analisou a concretude das transformações na política de saúde mental italiana iniciada no final da década de 1970. A análise trouxe a pulsação vibrante de quem foi um “agente prático”, operador direto do processo. No texto o autor aborda as transformações clínicas, epistemológicas, culturais, sociais, sanitárias, etc. que configuram a complexidade de um processo de reforma psiquiátrica. Barbui, Papola & Saraceno (2018) fizeram um estudo retrospectivo considerando os desdobramentos no campo da saúde mental italiano após quarenta anos da mudança da lei. Revelou-se que a implementação da reforma psiquiátrica induziu o decréscimo progressivo de admissões compulsórias anuais, de mais de 20.000 em 1978 para menos de 9.000 em 2015. Mesmo com a redução progressiva dos leitos psiquiátricos em decorrência da Lei 180, a taxa de suicídio manteve-se estável, tendo até uma pequena oscilação para baixo no ano de 2012, variando de 7,1/100.000 habitantes no ano 1978 para 6,3/100.000 no ano de 2012. Houve queda do número de novos usuários das instituições psiquiátricas forenses. Os autores constatam que, ao longo desse período, a Itália consolidou progressivamente um sistema comunitário de cuidados em saúde mental. Por fim, destacam preocupação com relação ao baixo financiamento da política de saúde mental.

Essas análises tiveram como objeto a dimensão macropolítica. Em todos os contextos nacionais abordados, a redução do número de leitos foi um ponto de inflexão da reforma psiquiátrica. Em concomitância, os relatos apresentam o modo como cada país foi organizando sua rede de serviços comunitários, demonstrando haver uma via de mão dupla da reforma em boa parte dos países que avançaram na mudança do modelo.

Há também uma significativa produção sobre o tema na literatura nacional desde a década de 1980 com elementos que aquecem o debate por meio de reflexões críticas, relatos de casos e apontamentos políticos. Pinheiro *et al.* (2007) expuseram um conjunto de relatos de experiências de desinstitucionalização em curso no Brasil. A partir desses

registros, as autoras apresentaram contribuições para estudos avaliativos de processos de desinstitucionalização, oferecendo apontamentos teórico-metodológico para o acompanhamento da implantação dos CAPS no Brasil. Essa publicação apresenta também o relato do processo de desinstitucionalização em um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro.

Em 2015 algumas das mais importantes instituições brasileiras na área da pesquisa e da gestão em saúde organizaram um relatório denominado “Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil”. O texto surgiu como registro do seminário de análise do andamento da desinstitucionalização no Brasil. Nele os autores apresentam dados sobre a dinâmica da mudança do modelo assistencial até aquele momento. No que diz respeito à análise da produção científica da área, foi feita uma revisão sistemática da literatura onde se constatou que, entre os anos de 1990 e 2014, houve uma expressiva produção teórica sobre o contexto brasileiro. A análise permitiu identificar, com base nos dados secundários, “as medidas de avanço, as barreiras e as estratégias úteis que podem ser extraídas da experiência nacional de transformação do modelo político/assistencial em saúde mental” (FIOCRUZ *et al.*, 2015, p. 12).

É inegável a ocorrência de mudanças na configuração da oferta assistencial como efeito do novo paradigma da desinstitucionalização. O *Mental Health Atlas 2011* (OMS, 2011, p. 9) reconheceu como positiva a constatação de que os “leitos localizados em hospitais psiquiátricos parecem estar diminuindo na maioria dos países. Esta descoberta pode indicar que os países estão reduzindo o atendimento institucional em favor de cuidados comunitários, uma recomendação chave da OMS”. Em 2005 havia cerca de 1,84 milhões de leitos em hospitais psiquiátricos no mundo e cerca de 70% deles estavam em hospitais psiquiátricos. Esse relatório constatou que, entre os anos de 2005 e 2011, em âmbito global, a média de diminuição foi de 0,11 leitos em hospitais psiquiátricos para cada grupo de 100.000 habitantes; isso indica que a maior parte dos países conseguiu reduzir seu parque hospitalar (*idem*, p. 72). Os países de renda média-alta conseguiram melhores resultados, seguidos dos países de renda alta. Os países de renda baixa tiveram uma evolução menor.

Numa linha de continuidade da análise desse indicador, o “*Mental Health Atlas 2014*” (OMS, 2015, p. 54) identificou que, entre 2011 e 2014, houve uma ligeira redução do número de hospitais psiquiátricos em âmbito global, cerca de 5%. Um dado ainda mais significativo foi o da redução do número de leitos nesse intervalo de tempo.

Houve um decréscimo de 30% do número de leitos em hospitais psiquiátricos, com destaque para a região das Américas cuja redução foi de cerca de 45% dos leitos. Por outro lado, globalmente foi verificado expressivo aumento do número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais na ordem de 60% nesse período; com destaque para a região do Pacífico Ocidental onde se verificou aumento de 8 vezes comparado com a quantidade existente nos anos iniciais da contagem.

Os sinais da mudança no paradigma psiquiátrico também podem ser vistos no Brasil. Desde o início do processo de RPB na década de 1980 houve um significativo decréscimo no número de hospitais psiquiátricos e no número de leitos em hospital psiquiátrico. A redução foi superior a 80% dos leitos existentes na década de 1980 que na ocasião ultrapassava a faixa dos 105.000.

Como dito anteriormente, o projeto de Lei 3.657/89 pretendia induzir a extinção progressiva dos manicômios e a gradativa substituição por uma rede de serviços comunitários<sup>36</sup>. Após a longa tramitação no Congresso Nacional o projeto de Lei recebeu diversos textos substitutivos na passagem pelo Senado. Depois de várias batalhas políticas no âmbito do parlamento, houve supressão do artigo que determinava a proibição e contratação de leitos psiquiátricos pelo ente público. Como consequência, a Lei 10.216 não fez qualquer menção ao tema. Por outro lado, a *III CNSM* de 2001 retomou a questão da extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos; o relatório final dessa Conferência datou a extinção prevendo-a para o ano de 2004 (BRASIL, 2002, p. 25). Contudo, no final do ano de 2004 ainda existiam exatos 46.483 leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil<sup>37</sup>. Na prática, não havendo no texto da Lei aprovada menção explícita à extinção dos hospitais psiquiátricos, gerou-se uma brecha que exigiu dos operadores da burocracia um esforço hermenêutico para conduzir a mudança do modelo<sup>38</sup>. A extinção dos hospitais psiquiátricos permaneceu como subtendido na principal peça jurídica brasileira, diferente do que aconteceu com a Lei 180 na Itália.

---

<sup>36</sup> O 1º artigo desse projeto de lei dizia: “fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novo leitos em hospital psiquiátrico”. Ver: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>

<sup>37</sup> Ver **Gráfico 5** a seguir.

<sup>38</sup> Ainda que não tenha sido posta em texto, a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos seguiu em fluxo contínuo da década de 1990 até o surgimento de mudanças normativas por volta de 2017. No paralelo, o Brasil expandiu significativamente os serviços extra-hospitalares, como será visto adiante. Esse reconhecimento faz justiça aos expressivos avanços da implantação da rede de serviços comunitários.

Mesmo não havendo orientação explícita quanto à extinção dos hospitais, o Ministério da saúde decidiu pela expansão da oferta de serviços comunitários como meio para mudança do panorama da atenção em saúde mental. Desde o começo dos anos 2000 “o Ministério da Saúde pautou-se pela implantação de uma rede pública e articulada de serviços” (BRASIL, 2007, p. 11). É sabido que “a decisão política pela composição de uma rede pública de CAPS enfrentou resistências, uma vez que o Sistema Único de Saúde possibilita a contratação de serviços privados, em caráter complementar à rede pública” (idem, ibidem). Seguindo as recomendações da III CNSM, determinou-se que os CAPS deveriam ser exclusivamente de gestão pública, o que também colidiu com a oferta de serviços ambulatoriais tradicionalmente prestados pela iniciativa privada.

A extinção de leitos não era um consenso entre os agentes do campo psiquiátrico no Brasil, como pareceu ser no caso dos Estados Unidos, conforme identificado por Lougon (2005). Importantes setores da sociedade civil conservaram postura em defesa da manutenção dos hospitais psiquiátricos, em que pese terem concordado com a necessidade de mudanças estruturais na assistência hospitalar, desde que não prescindisse do hospital psiquiátrico. Dentre as instituições integrantes do campo da saúde que conservaram essa linha de argumento destaca-se a atuação da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Médica Brasileira (AMB), a da Federação Nacional dos Médicos (FENAM) e da Federação Brasileira de Hospitais (FBH). São instituições dotadas de importante capital acadêmico, político, simbólico, econômico e social. Com grande volume de capitais, essas instituições sistematicamente produzem incidência na formulação de políticas públicas na área da saúde mental. Na definição de Howllet, Ramesh e Perl, (2013, p. 78), instituições como essas são agentes políticos definidos como ‘grupo de interesses’ que correspondem a “grupos organizados que advogam os interesses econômicos ou valores sociais de seus membros [que] podem exercer influência considerável na política”.

Regularmente essas instituições manifestaram discordância das mudanças no modelo assistencial da saúde mental no Brasil, mais enfaticamente no que diz respeito ao descredenciamento de hospitais psiquiátricos. Em 2001, ano de aprovação da Lei 10.216, a *Revista Brasileira de Psiquiatria*, um dos principais veículos de comunicação científica da ABP, fez um editorial em que apresentou a posição institucional da categoria. Nesse texto, os autores afirmam que a tramitação da lei de modernização da

assistência psiquiátrica no Brasil era um avanço, reafirmando a posição da ‘Assembleia de Delegados’ da categoria onde foi aprovada “[...] por unanimidade uma posição oficial da entidade que apoia todo e qualquer movimento que defenda os direitos de cidadania das pessoas acometidas por transtornos psiquiátricos [...] (JORGE & FRANÇA, 2001, p. 3)”. Havia várias concordâncias com os valores da reforma psiquiátrica em curso na ocasião como, por exemplo, com a premissa da ressocialização, do direito a um tratamento de qualidade e mesmo quanto ao fechamento de alguns hospitais psiquiátricos considerados “apenas um depósito desumanizado de pacientes” (idem, ibidem). Contudo, esse mesmo documento<sup>39</sup> justificou que o fechamento deveria se restringir aos hospitais de baixa qualidade, devendo, portanto, preservar hospitais considerados de boa qualidade. Os autores afirmaram que os “hospitais psiquiátricos de qualidade têm um papel a cumprir dentre os recursos com os quais devemos contar para a proteção de alguns de nossos pacientes” (idem, ibidem).

Em 2005, apenas 4 anos após a aprovação da Lei 10.216, a ABP, o CFM, a AMB e a FENAM publicaram conjuntamente um leque de “*Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil*”. Nessa publicação as instituições reiteram o ponto de vista em defesa da continuidade dos hospitais psiquiátricos afirmando que

o **Hospital Psiquiátrico**<sup>40</sup> num sistema descentralizado e hierarquizado de Saúde Geral e Mental deve ser local de atendimento, ensino e pesquisa. É um local necessário para o investigar e fazer progredir o conhecimento sobre as doenças psiquiátricas. Deve estar articulado com Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Médica e Psicossocial, Ambulatórios, Unidades de Emergência, Residências Terapêuticas e outros recursos necessários para assegurar o cuidado mais adequado para a necessidade de cada paciente. (ABP *et al.* 2006, p. 8).

Na sessão VII, onde é apresentada a “proposta de diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil”, o documento sugeriu uma organização em três níveis (primário, secundário e terciário) e considerou que o hospital psiquiátrico deveria estar no nível terciário como um serviço “destinado a atender pacientes que necessitem cuidados intensivos cujo tratamento não é possível ser feito em serviços de menos complexidade” (idem, ibidem). Essa posição foi repetida em publicação semelhante das mesmas instituições no ano de 2014 e reeditada em 2020. Na publicação de 2014 lê-se que os hospitais psiquiátricos devem ser serviços especializados

<sup>39</sup> Este editorial foi embasado no relatório apresentado pelos subscritores do texto na audiência pública da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados em Brasília, 19/10/2000. Na ocasião, os autores do texto eram o presidente e o secretário da ABP.

<sup>40</sup> Grifo meu

“destinados a atender pacientes que necessitem de cuidados intensivos, cujo tratamento não pode ser realizado em serviços de menor complexidade” (ABP *et al.* 2014, p. 14). Na publicação de 2020 o texto ganhou renovação ao defender que “[...] são serviços destinados a atender pacientes que necessitem de cuidados intensivos, para pacientes crônicos e sem necessidades de suporte clínico do Hospital Geral ou que necessitem internação prolongada (superior a 30 dias) (ABP *et al.* 2020, p. 12) ”. Nessas “diretrizes” a função dos CAPS ficou reduzida ao trabalho da “reabilitação dos doentes graves e crônicos, e não poderiam funcionar como emergência ou ambulatório geral” (idem, p. 10). Em todo caso, verifica-se a defesa da existência dos hospitais psiquiátricos afirmada de modo regular e sistematicamente repetida. Comportamento semelhante já havia sido identificado num certo grupo de psiquiatras estadunidense desde a década de 1970 a quem alguns autores caracterizam como “tradicionais” em contraposição à posição dos “reformistas”. Para Lougon (2006, p. 138), essa postura tradicional no contexto dos EUA reflete o ponto de vista de um seguimento que “discorda desde o início das principais metas e de toda a *rationale* que subjaz ao referido processo, fazendo-lhe oposição e se alinhando com o *status quo* anterior ao período da reforma”.

Aproveitando a ascendência e o prestígio que o CFM e a ABP possuem junto aos Governos Federal e Estaduais, em 25 de abril de 2017, o CFM e a ABP encaminharam ofício<sup>41</sup> para o Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério da Saúde do Brasil e todos os Governos Estaduais no qual novamente defendem “que os leitos psiquiátricos existentes em serviços Hospitalares Especializados sejam mantidos, melhorados e qualificados, como é dever do Estado [...]”. Esse último documento é relevante uma vez que foi protocolado alguns meses antes da publicação da Portaria GM 3.588/2017 que definitivamente inseriu os hospitais psiquiátricos como serviços da RAPS, condição não explicitada em nenhum dos documentos oficiais desde 2001. Não bastasse a reintrodução dos hospitais psiquiátrico, essa Portaria reinseriu também os ambulatórios de saúde mental/psiquiatria, outro equipamento duramente criticado nos primórdios dos debates da RPB<sup>42</sup>. Importa lembrar que a Portaria GM 3.088/2011, que desenhou os componentes e os pontos de atenção da RAPS, não contemplava os

---

<sup>41</sup> OF. 068/17/ABP/SEC. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/notatecnicacfmeabp.pdf> . Acessado em 01/05/2021.

<sup>42</sup> Cerqueira (1984, p. 170) encontrou uma correlação positiva entre o aumento da oferta de consultas ambulatoriais e o aumento do internamento psiquiátrico. Os ambulatórios passaram a ser um dos serviços de maior prática de encaminhamento para hospitais psiquiátricos, ao invés de reduzir a demanda por internamento.

ambulatórios de saúde mental. Os ambulatórios psiquiátricos eram uma antiga reivindicação da ABP; a reintrodução desses serviços se configurou como uma vitória política da categoria, conforme consta nas três edições das “*Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil*”.

A inexistência formal nos instrumentos jurídico-normativos federais de uma determinação sobre a extinção dos hospitais psiquiátricos, combinada com a mudança ideológica para um governo de direita<sup>43</sup> em âmbito federal a partir de 2016, foi a *janela de oportunidade* que se abriu para que o hospital psiquiátrico reencontrasse um amparo formal na política de saúde mental no Brasil. Ao refletir sobre os sinais da “contrarreforma” psiquiátrica ainda em 1999, quase vinte anos antes desse acontecimento no Brasil, Desviat (1999, p. 161) já questionava a decisão do Estado brasileiro que havia optado pela “manutenção de um modelo misto, híbrido [...]” desde aquele período.

A atuação das instituições representativas da categoria dos psiquiatras pode ser averiguada à luz da teoria bourdieusiana que permite fazer uma análise do ‘jogo dos jogadores’ nos espaços sociais que são necessariamente campos de disputas. Nessa perspectiva entende-se que esses agentes se movimentaram no microespaço social, estabelecendo uma espécie de luta ou competição por acúmulo de capitais ou, por outro lado, para não perder os capitais acumulados. Foucault (2018, p. 204), alertou para o “[...] poder que o asilo dá ao psiquiatra [...]” que, por sua vez, “deverá então se justificar [...]”. Em termos realísticos, a reforma psiquiátrica em sua essência tencionou o prestígio da instituição que consagrou a prática psiquiátrica - o hospital psiquiátrico- o que, por conseguinte, produziu repercussões na própria psiquiatria com a possibilidade de perda de capital simbólico, econômico, etc.

Ao analisar a ‘topologia’ disposicional dos agentes em um campo, Bourdieu descreveu uma conformação de posições sociais que permite “[...] fundar uma análise dinâmica da conservação e da transformação da estrutura da distribuição das propriedades ativas [...]” (BOURDIEU, 2011, p. 50). Dito de outro modo, “um grupo mobilizado para e pela defesa de seus interesses não pode existir senão ao preço e ao termo de um trabalho coletivo de construção inseparavelmente teórico e prático [...]”, um trabalho de conservação do que foi acumulado em forma de diferentes tipos de

---

<sup>43</sup> Sobre a “tendência direitista” no campo da saúde mental, Desviat (1999, p. 158/159) constrói amplo argumento mostrando a repercussão dessa ideologia nas políticas de saúde mental que tendem a substituir os componentes antropológicos da saúde mental por marcadores biológicos ou por indicadores fotonúclícos das psicopatologias.

capitais. A questão central da reforma psiquiátrica toca justamente no dilema da “conservação ou transformação” das propriedades e distribuições de capitais no microespaço social da atenção em saúde mental. Trata-se da questão do poder, do monopólio e dominação no campo. O que está em jogo nessa nova arena é a redesignação da autoridade de emitir juízos sobre os problemas relacionados à saúde mental, o poder de ‘nomeação’ das diversas expressões das psicopatologias e o poder de determinar quem entra e quem sai do circuito do internamento, a questão da ‘admissibilidade’, uma das exclusividades da prática médica adquirida desde as lutas dos alienistas do século XIX. A questão gira em torno do campo do poder. Como disse Bourdieu (idem, p. 52),

ele é o espaço de relações de força entre os diferentes tipos de capital, ou mais precisamente, entre os agentes suficientemente providos de um dos diferentes tipos de capital para poderem dominar o campo correspondente e cujas lutas se intensificam sempre que o valor relativo dos diferentes tipos de capital é posto em questão [...] isto é, especialmente quando os equilíbrios estabelecidos no interior do campo, entre instâncias especificamente encarregadas da reprodução do campo do poder são ameaçadas [...]. As forças envolvidas nessas lutas e a orientação, conservadora ou subversiva, que lhes é dada, dependem da “taxa de câmbio” entre os tipos de capital, isto é, daquilo mesmo que essas lutas visam conservar ou transformar.

A presença não reconhecida do hospital psiquiátrico na rede de assistência em saúde mental no Brasil (campo de práticas) durante os primeiros quinze anos da vigência da lei 10.216/2001 é uma questão que demanda uma análise histórica e sociológica. Desviat (1999, p. 161) produziu um questionamento que foi ao cerne do problema. Com caráter reflexivo, o autor afirmou que “as perguntas sobre o futuro se concentraram na manutenção de um modelo misto, híbrido enquanto não se completasse a descentralização dos recursos [...]”. O centro do questionamento aqui é a não formalização da extinção dos hospitais psiquiátricos na principal lei da RPB. O texto inicial do projeto de lei foi suprimido e o texto substitutivo não assumiu o compromisso explícito do Estado brasileiro com a extinção dos hospitais psiquiátricos. O “Estado é o lugar de onde se diz o oficial”, como disse Bourdieu (2014, p. 122). A palavra do Estado tornada pública é a palavra oficial com força suficiente para determinar o oriente das ações e das políticas públicas. “Na verdade, a descrição do oficial remete à gênese do oficial, do Estado que fez o oficial” (idem, ibidem). Convém que as definições estatais sejam explícitas, objetivadas, materializadas em forma de texto do modo manifesto para evitar múltiplos sentidos. Ao longo da tramitação do projeto de Lei da reforma psiquiátrica houve uma concessão que findou por suprimir qualquer alusão ao

fim dos hospitais psiquiátricos. Logo, o Estado brasileiro, lugar de onde se diz o oficial, não afirmou objetivamente ter como propósito a extinção dos hospitais.

A premissa da extinção dos hospitais psiquiátricos foi substituída por uma solução de compromisso em torno da expectativa de redução do tamanho dos hospitais psiquiátricos e da criação de serviços comunitários. A extinção dos hospitais psiquiátricos foi uma pauta política dos movimentos ‘portadores da antítese’ na década de 1980 e 1990, mas, em meio aos embates políticos para tornar possível a tramitação da Lei federal, essa tese perdeu força. Esse ‘registro’ da história do processo foi submetido a uma espécie de amnésia. Bourdieu faz alusão aos fenômenos “amnésia da gênese” e “fechamento dos possíveis”. A amnésia da gênese está presente em todo processo de institucionalização e implica no ‘esquecimento’ da gênese, das lutas travadas e das alternativas existentes; porém, “ali onde nos restou um único possível, havia vários possíveis com campos agarrados a esses possíveis” (idem, p. 22). Desse modo, o êxito de uma decisão implicaria no “fechamento dos possíveis” em função da vitória de uma única possibilidade; a história elimina os “[...] possíveis e os faz esquecer como possíveis, e ela até mesmo torna impensáveis os possíveis” (idem, p. 23). Esse esquema analítico se completa com o fato de que os ‘possíveis’ que não foram contemplados são tornados “possíveis mortos” pela própria história, soterrados como escombros do passado, sepultado pela amnésia da gênese.

Na análise das lutas, derrotas e vitórias que deram viabilidade à Lei 10.216, como a legítima letra oficial do Estado brasileiro, não se pode considerar o hospital psiquiátrico como um “possível morto” por não ter havido formalmente o “fechamento dos possíveis”. Os hospitais psiquiátricos estiveram no limbo da política, à margem, mas como um “possível” recurso assistencial. Considerando que um espaço social é definido como campo de batalhas no interior do qual os agentes disputam capitais (BOURDIEU, 2014, p. 50), a reintrodução dos hospitais psiquiátricos na RAPS a partir da Portaria GM nº 3.588/2017 correspondeu a uma vitória parcial do paradigma psiquiátrico, contribuindo, assim, para a conservação das *doxas* e do *habitus* característico das origens da psiquiatria. Entretanto, mesmo que a “política de estado” não seja explícita quanto ao fechamento de hospitais psiquiátricos, a desinstitucionalização com redução de leitos foi a bússola das “políticas de governo” no Brasil no período do ciclo dos governos democráticos pós 1988. Ganhou fôlego no intervalo entre 2003 e 2015 equivalente ao ciclo de governos progressistas e de esquerda. Esse ciclo se encerrou em dezembro de 2015, ainda no governo Dilma

Rousseff, quando a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGSMAD) foi assumida por Valencius Wurch Duarte Filho, psiquiatra e ex-diretor da Casa Saúde Dr. Eiras de Paracambi, Rio de Janeiro. Essa instituição existia desde 1963 quando pertencia a Leonel Tavares de Miranda e Albuquerque que chegou a ser Ministro da Saúde em 1967, período de expansão dos hospitais psiquiátricos no Brasil. O hospital de Paracambi foi o maior manicômio privado da América Latina (GOUJOR, 2013, p. 292). Esse foi o primeiro coordenador nacional da saúde mental empossado sem reconhecimento e legitimação dos movimentos de luta antimanicomial desde a década de 1990. A propósito, o ministro da saúde na ocasião era do Dr. Marcelo Costa e Castro, um psiquiatra também desvinculado da trajetória da RPB. O Dr. Marcelo Castro foi plantonista em vários hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, inclusive na Casa de Saúde Dr. Eiras. A posse de Valencius Filho na CGSMAD mobilizou amplos seguimentos da sociedade civil a exemplo da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Conselho Federal de Psicologia (CFP), Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA)<sup>44</sup>, etc. Houve forte movimentação midiática e parlamentar, e “[...] uma reação dos trabalhadores em saúde mental no movimento ‘Fora Valencius’” (OLIVEIRA E SZAPIRO, 2020, p. 18), que foi uma ocupação/acampamento do gabinete do coordenador de saúde mental por aproximadamente quatro meses. Em 16 de abril de 2016 a Câmara dos Deputados determinou o impeachment da presidenta Dilma. Em maio de 2016 o então coordenador Valencius Filho foi exonerado do cargo. De acordo com Oliveira e Szapiro (2020, p. 18), desde 2015 se verificou a gradual “entrega do Ministério da Saúde aos aliados da ABP, fato que permitiu uma interferência nos princípios da Reforma Psiquiátrica”. Como dito anteriormente, a disputa pela acumulação do poder torna-se a disputa pelo controle do governo em si.

A partir do ano de 2017 foi intensificado o processo de descontinuidade ou decomposição da política de saúde mental outrora inspirada na reforma psiquiátrica de caráter antimanicomial. Vários autores e instituições da sociedade civil denominam de “contrarreforma” psiquiátrica. A evolução da história da psiquiatria é caracterizada pelo movimento de *aggiornamento*, ou seja, uma trajetória constituída por contínuos fluxos de “decomposição e recomposição”. A contrarreforma psiquiátrica corresponde a mais

---

<sup>44</sup> Ver: Nota Pública contra a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho para a CGSMAD/MS. <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/nota-publica-cgmadms/15248/>

um giro de “recomposição” do discurso psiquiátrico na atualidade da política de saúde mental no Brasil e a conservação do *habitus* psiquiátrico. As ‘contrarreformas’ são efeitos paradoxais no curso de continuidade das políticas públicas de saúde mental que nos casos extremos implica no reaparecimento dos manicômios ou o retorno de sua hegemonia na reconfiguração do modelo assistencial. Assim, Nunes *et al.* (2019, p. 4490) afirmam se tratar de “[...] um processo sociopolítico e cultural complexo que evidencia uma correlação de forças e interesses que tensionam e até revertem as transformações produzidas pelas Reforma Psiquiátrica [...]”. Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) avaliaram a base jurídico-política que estabeleceu a base normativa da política nacional de saúde mental entre os anos de 2016 e 2019. Esse estudo conclui que há um desmonte em curso, um movimento de desmonte da política de saúde mental, considerando que as novas diretrizes que passam a vigorar a partir de 2017, “em termos de conteúdo, ela representa a antítese do referencial ético e técnico da Reforma Psiquiátrica Brasileira” (CRUZ, GONÇALVES E DELGADO, 2020, p. 15). Em fevereiro de 2017 a CGSMAD passou a ser conduzida pelo Dr. Quirino Cordeiro Filho, psiquiatra associado à Associação Brasileira de Psiquiatria, instituição que desde 2000 se manifestou contrária à extinção dos hospitais psiquiátricos e se transformou em opositora dos princípios da RPB (LIMA, 2019, p. 5).

Dentre os principais aspectos que materializam essa contrarreforma, são destaques: 1) o retorno dos hospitais psiquiátricos como ponto de atenção da RAPS, conforme definido pela Resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Portaria GM nº 3.588, de 14 e 21 de dezembro de 2017, respectivamente; 2) aumento do valor das diárias dos leitos em hospitais psiquiátricos, como determinando pela Resolução nº 32 da CIT; 3) a restauração dos hospitais-dia, que revigora a lógica hospitalocêntrica em superposição aos CAPS que também oferecem atenção diária, mas caracterizada pela inserção territorial, o que não ocorre com os hospitais-dia<sup>45</sup>; 4) a introdução de “equipe multiprofissional de atenção especializada em saúde mental”, conforme constam na Resolução nº 32 da CIT e na Portaria GM nº 3.588/2017, que corresponde ao retorno dos ambulatorios clássicos, sem inserção e articulação com o território, sem garantia de continuidade do vínculo terapêutico, favorecedores de práticas reducionistas como a medicalização<sup>46</sup>; 5) formalização das *Comunidades*

---

<sup>45</sup> Historicamente esses serviços funcionaram como anexo de hospitais psiquiátricos (OLIVEIRA CRUZ, GONÇALVES E DELGADO, 2020, p. 6)

<sup>46</sup> Cerqueira (1984, p. 170) fez duras críticas às práticas dos ambulatorios nas décadas de 1970 e 1980. Esse autor encontrou evidências da relação entre o aumento do acesso aos serviços ambulatoriais e o

*Terapêuticas* como ‘ponto de atenção’ da RAPS; 6) a retomada da eletroconvulsoterapia como procedimento ofertado pelo SUS. Com essas mudanças na política de saúde mental verifica-se o fenômeno da “recomposição” no circuito do *aggiornamento*, como descrito por Castel (1978, p. 178). Para Oliveira Cruz, Gonçalves e Delgado (2020, p. 6), esse conjunto de alterações configuram

a base de toda a mudança na política nacional de saúde mental pois, ao definir um novo modelo de RAPS, estabelece uma ‘nova’ orientação do modelo assistencial, que, na verdade, é um retorno ao paradigma anterior à Reforma Psiquiátrica, com diversos elementos que apontam para um cuidado de característica hospitalar/asilar, em contraposição aos serviços de base comunitária.

A contrarreforma enquanto política de Estado foi sintetizada na Nota Técnica 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS, de fevereiro de 2019, documento originado na CGSMAD. Essa Nota Técnica agregou o conjunto das mudanças implementadas a partir de 2017. Esse documento faz uma introdução extensa sobre alguns aspectos epistemológicos, metodológicos e epidemiológicos. No que diz respeito à dimensão conceitual, a Nota estabeleceu uma nova nomenclatura de caráter axiológico. Não há qualquer menção ao conceito ou princípios da “Reforma Psiquiátrica”. Definiram-se as mudanças nas diretrizes da política - como o retorno dos hospitais psiquiátricos e ambulatorios especializados - consagrando-as como “Nova Política de Saúde Mental” (BRASIL, 2019, p. 4). Na sequência das transformações paradigmáticas, há explícita desautorização do uso de conceitos como, por exemplo, ‘rede substitutiva’, terminologia assimilada no vocabulário corrente entre agentes sociais da RPB. A recente posição adotada pelo Ministério da Saúde considera que os hospitais psiquiátricos fazem parte da rede de serviços e não devem ser substituídos.

O principal mecanismo de descredenciamento de leitos em hospitais psiquiátricos foi despotencializado e tornado inoperante visto que o “Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza” (idem, p. 3). As novas diretrizes consideram que os CAPS e demais serviços extra-hospitalares devem ter uma relação de complementariedade, não de substituição.

Desde 2004 o *Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS*, com a Portaria GM nº 52/2004, foi instituído um mecanismo de diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, condicionando o valor da diária tanto

---

aumento do volume de internamentos. Os ambulatorios tornaram-se grandes dispositivos de encaminhamento para internamento psiquiátrico.

em função da pontuação obtida na avaliação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) quanto em função do número de leitos do hospital avaliado. Quanto maior o hospital, menor o valor da diária; quanto menor a pontuação no PNASH, menor o valor da diária. Tratava-se de um mecanismo indireto que gradativamente compeliu à redução de leitos por afetar a composição dos valores pagos pelos leitos. A Portaria GM nº 52/2004 determinou que “os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental”. Esta seria uma das formas de financiar os serviços comunitários usando o mesmo recurso já alocado para a política de saúde mental. Se a desinstitucionalização opera “desarticulando a solução institucional”, como disse Rotelli (2014, p. 33), isso sugere o uso da energia e dos recursos (humanos, financeiros, materiais) destinando-os para a desmontagem do próprio hospital e para a constituição de um leque de outras ofertas assistenciais. Contudo, a ‘Nova Política de Saúde Mental’, conforme prevista na Nota Técnica 11/2019, rompe com essa perspectiva ao afirmar que “a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos”. Por fim, a Nota reafirma o compromisso com a recomposição da tabela de valores das Autorizações de Internamento Hospitalar (AIH) pagas aos hospitais psiquiátricos que em alguns casos chegou a ser reajustada em 60,32%<sup>47</sup>. Esse processo de recomposição financeira das diárias (AIH) acontece desde 2018 e vem passando por ajustes sempre favoráveis aos hospitais.

Todas essas mudanças recentes estão em sincronia com a posição oficial das instituições que representam o discurso hegemônico da psiquiatria explicitado nas três versões das *Diretrizes* desde 2006. Mais recentemente essas instituições formalizaram a sua *advocacy* por meio do ofício 068/17/ABP/SEC de abril de 2017 onde se lêem os seguintes destaques numerados de acordo como consta no documento:

4 - Que a rede de CAPS já existente seja mantida e melhorada, considerando-se sua finalidade principal que é a reabilitação e tratamento de pacientes graves com quadros persistentes e/ou crônicos, que necessitam de serviços especializados intermediários entre o Ambulatório e a internação plena.

5 - Que os **leitos psiquiátricos existentes em Serviços Hospitalares Especializados sejam mantidos**, melhorados e qualificados, como é dever do Estado, e que seu número seja adequado proporcionalmente à população de cada região, conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da própria portaria 1.631/2015 do Ministério da Saúde (MS).

11 - Que a Política Nacional de Saúde Mental seja revista e direcionada para um modelo estruturado com base em uma Rede Integral de Tratamento, nos

---

<sup>47</sup> No caso de internações inferiores a 90 dias em hospitais com menos de 160 leitos.

mais diversos níveis de complexidade, consentâneo com as necessidades dos pacientes; conforme exemplificado e explicado nas Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil, elaboradas pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Associação Médica Brasileira (AMB), Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp) e é documento oficial adotado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

14 - Que as **Políticas de Saúde Mental e o tratamento aos portadores de transtornos mentais obedeçam** e apliquem a Lei Federal 10.216/2001, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM): 1952/2012, 2056 e 2057/2013, 2073/2014, 2116/2015 e 2147/2016, e **as sugestões das Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil**, elaborado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e instituições parceiras.<sup>48</sup>

Diante de pressões oriundas do Parlamento Federal e de diversos segmentos da luta antimanicomial, em dezembro de 2019 o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica N° 38/2019-DAPES/SAPS/MS por meio da qual revogou a Nota Técnica N° 11/2019. Entretanto, esta última era apenas uma sistematização do conjunto das mudanças paradigmáticas que já estavam em processo de implantação desde 2017. Na prática, mesmo havendo a suspensão formal da Nota Técnica 11/2019, toda a dimensão jurídico-política (Portarias, Decretos, etc.) sobre as quais ela se refere continuam em plena vigência.

Autores como Tenório (2002), Pitta (2011) e Delgado (2014) caracterizaram a evolução da RPB identificando as diversas fases no intervalo entre a década de 1980 e 2010. Pitta (2011, p. 4.585) considera que a “reforma legal” ocorreu a partir da promulgação da Lei 10.216 em função da qual surgiu um conjunto de dispositivos infraconstitucionais que sedimentaram a dimensão político-jurídica da reforma. Delgado (2014, p. 20) considera que, nesse período, a quarta fase da RPB em sua classificação, ocorreu a constituição da rede de serviços de saúde mental de base comunitária.

As mudanças de perspectiva no paradigma da reforma psiquiátrica adotadas a partir de 2016 correspondem a uma fase diferente de todas as anteriores por ser exatamente uma contraposição formal-normativa de todos os princípios reformistas construídos desde a década de 1970. Este novo cenário não é apenas uma curva de estagnação na evolução do modelo; as mudanças normativas correspondem na prática à afirmação formal de um modelo híbrido.

Em 1969 em *‘Carta de Nova York’* Basaglia (2005, p. 160) teceu importante crítica às “soluções parciais e a-dialética” das experiências reformistas. O autor considera que o modelo adotado nos Estados Unidos não rompeu nem com o hospital

---

<sup>48</sup> Grifos meus.

psiquiátrico nem com as forças sociais que lhe deram sustentação; portanto, “[...] isso significa que um novo verniz foi aplicado sobre um velho jogo, cujas manobras e finalidades já são conhecidas” (idem, p. 158). Para a OMS (2002, p. 98) a desinstitucionalização é um processo que deve combinar a expansão de serviços comunitários e o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos uma vez que “fechar hospitais mentais sem alternativas comunitárias é tão perigoso como criar alternativas comunitárias sem fechar hospitais psiquiátricos. É preciso que as duas coisas ocorram ao mesmo tempo, de uma forma bem coordenada”. O risco de o Brasil implantar um modelo misto, híbrido já havia sido apontado por Desviat (1999, p. 161). Modelos desse tipo correspondem a uma “solução parcial”, como disse Basaglia.

É nesse “campo de forças” que se situa o desenvolvimento da política de saúde mental no Brasil. Nas últimas quatro décadas houve intensas transformações na assistência movidas por disputas de paradigmas. A política evoluiu a partir das disposições dialéticas e das disputas entre as forças sociais que estão no campo. Logo, correspondeu a um movimento vivo.

Esse conjunto de acontecimentos confirma o pressuposto de que a análise da implantação de uma política de saúde deve ter por fundamento uma perspectiva dinâmica que permita compreender as transformações sofridas na operacionalização de uma intervenção e sua relação com a complexidade do contexto da implantação: o processo, os recursos e os atores/agentes sociais. Champagne *et al.* (2011a, p. 46) consideram que, além da dimensão física e dimensão organizacional, o contexto da implantação tem também uma dimensão simbólica que diz respeito ao modo como os atores/agentes pensam o processo, as representações e os valores que permitem que os agentes possam estabelecer comunicação e trocas. O contexto aqui descrito é equivalente ao que Bourdieu nomeou como sendo o espaço social com agentes práticos, seus distintos *habitus* e suas distintas posições em constante disputa. O espaço social corresponde a “[...] estruturas de diferenças [...] estrutura da distribuição das formas de poder ou dos tipos de capital eficientes no universo social considerado – e que variam, portanto, de acordo com os lugares e os momentos” (BOURDIEU, 2014, p. 50).

Champagne *et al.* (2011a, p. 47) consideram que os atores envolvidos em uma intervenção ou implantação de uma política se caracterizam por distintos projetos, convicções divergentes, distintas visões de mundo e distintas capacidades de ação. Esses atores interagem em um permanente jogo de concorrência e de competição para aumentar o grau de controle sobre os recursos do sistema (influência, poder, etc.). As

práticas desses atores são constitutivas da intervenção, influenciadas pela estrutura e, de certo modo, interdependente. Howlett, Ramesh e Perl (2013, p. 12) consideram que uma política pública é um fenômeno complexo que diz respeito a um conjunto de decisões tomadas por diferentes indivíduos e organizações no interior do governo, considerando que estas decisões são orientadas por atores que exercem influência interna e externamente ao Estado; assim, “observa-se que os efeitos das políticas públicas são moldados no cerne das estruturas nas quais esses atores operam e de acordo com as ideias que eles sustentam [...]”. O contexto, ou o mundo social no glossário bourdieusiano, é um espaço onde os agentes disputam capitais e poder. Desse modo, como afirma Bourdieu (2014, p. 27),

se o mundo social, com suas divisões, é algo que os agentes sociais tem a fazer, a construir, individual e sobretudo *coletivamente*, na cooperação e no conflito, resta que essas construções não se dão no vazio social [...], a posição ocupada no espaço social, isto é, na estrutura de distribuição de diferentes tipos de capital, que também são armas, comanda as representações desse espaço e as tomadas de posição nas lutas para conservá-lo ou transformá-lo.

A análise da implantação de uma política implica, de certo modo, considerar a dimensão da processualidade ou a ‘*politics*’, que se refere ao processo político que vai desde a identificação do problema até a escolha da solução; trata-se do processo de seleção do caminho a ser seguido, ocasião em que ‘restará um único possível’ dentre outras possibilidades que foram ‘fechadas’ ao longo dessa percurso; esse andamento é marcado por “conflitos, negociações e acordos entre os diversos atores políticos, isto é, representantes de grupos, instituições, partidos políticos envolvidos direta ou indiretamente na definição dos objetivos e decisões de uma dada política pública” (TEIXEIRA & SILVEIRA, 2017, p. 158). Por outro lado, a análise da implantação também deve considerar a dimensão da materialidade da política ou a ‘*policy*’, “que se refere ao produto deste processo, ou seja, aos conteúdos dos planos, programas e projetos que contemplam as atividades e recursos a serem empregados na materialização das decisões políticas” (idem, ibidem). Como dito por Denis e Champagne (1997, p. 62), a operacionalização de uma intervenção depende de um jogo de poder organizacional “cujo resultado constitui um ajuste às pressões internas e externas”, considerando que a organização corresponde a “uma arena política no interior da qual os atores perseguem estratégias diferentes” (idem, p. 67). Esses autores consideram que, na perspectiva da análise do *modelo político*, as dificuldades relacionadas à implantação de uma intervenção não devem ser creditadas à ineficiência do planejamento ou do sistema de controle operacional, mas estão relacionadas aos

interesses particulares dos atores sociais que exercem influência na organização (p. 66). Portanto, a *policy*, a dimensão material ou a política enquanto produto, está diretamente relacionada ao processo das disputas entre os agentes envolvidos. No caso específico da política de saúde mental no Brasil, há paradigmas e *habitus* antagônicos que disputam o direcionamento do campo.

A análise da política de saúde mental em âmbito nacional e estadual, a partir do prisma da análise do *modelo político*, permite constatar que a evolução dessa política sofreu influência da pressão exercida pelos diferentes agentes que atuam no campo cujos desfechos oscilaram desde a perspectiva antimanicomial, durante as quatro décadas iniciais, até a perspectiva atual em que as diretrizes são complacentes com a presença hospital psiquiátrico como possibilidade assistencial.

Nos últimos vinte anos foram cinco diferentes presidentes da República<sup>49</sup> com, ao menos, quatro diferentes linhas de orientação política. Entre 2001 e 2015, a política de saúde mental caminhou na perspectiva de mudança do modelo com expansão da oferta de serviços comunitários, diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos e inversão orçamentária, situação em que a rede de serviços substitutivos passou a ter mais recurso que a rede de atenção hospitalar<sup>50</sup>. A partir de 2015, ainda no governo Dilma Rousseff, abriu-se uma janela de oportunidade para a perspectiva contrarreformista. Os governos Temer e Bolsonaro intensificaram a ‘decomposição’ da RPB com a subsequente ‘recomposição’ da política de saúde mental, inspirada na ortodoxia psiquiátrica<sup>52</sup>, o que se configura como um novo episódio de *aggiornamento* da tradição psiquiátrica.

---

<sup>49</sup> - Fernando Henrique Cardoso (2º mandato / 1999 – 2003), período de aprovação da Lei 10.216;  
 - Luiz Inácio Lula da Silva (1º mandato / 2003 – 2006; 2º mandato/ 2006 – 2011)  
 - Dilma Vana Rousseff (1º mandato / 2011 – 2015; 2º mandato/ 2015 – 2016)  
 - Michel Miguel Elias Temer Lulia (2016 – 2019)  
 - Jair Messias Bolsonaro (2019 – atual)

<sup>50</sup> “Em 2006 o governo federal destinou 54% do orçamento da saúde mental para as ações extra-hospitalares, o que significou uma inversão dos gastos na assistência em saúde mental e em 2016 alcançou a meta proposta pela Reforma Psiquiátrica de 80% para as ações extra-hospitalares” (OLIVEIRA, 2017, p. 201).

<sup>51</sup> “Em 2002, 75,24% dos recursos federais em saúde mental iam para serviços hospitalares, percentual que em 2013 havia caído para pouco mais de 20%, sendo que 79,39% dos recursos passaram à atenção comunitária e territorial ‘substitutiva’ ” (LIMA, 2019, p. 2)

<sup>52</sup> Bourdieu (2011, p. 229) afirmou que “o trabalho dos guardiões da ordem simbólica, que tem um trato com o bom senso, consiste em tentar restaurar, no modo explícito da orto-doxia, as evidências primitivas da *doxa*”. A ortodoxia é a condição em que a *doxa* é reconhecida e aceita como tal, inflexível a transformações. A ‘orto-doxia’ é a energia conservadora que garante a continuidade da *doxa*, ou seja, garante-lhe durabilidade. No momento atual da política de saúde mental do Brasil as grandes “Associações” de psiquiatras atuam como ‘guardiãs da ordem simbólica’ para conservar a *doxa* fundante do *habitus* psiquiátrico.

Para Cruz, Gonçalves e Delgado (2020, p. 15) a imposição forçada do retorno do paradigma manicomial/psiquiátrico só pode ser entendida como decorrente da anomalia política que o Brasil enfrenta desde a ruptura institucional de 2016, ano em que ocorreu o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff. Esse acontecimento foi o ‘espaço dos possíveis’ para o reposicionamento tático de agentes sociais conservadores na política e na economia que passaram a adotar a *doxa* neoliberal como modelo para o Estado brasileiro. Bravo, Pelaez & Menezes (2020, p. 194) consideram que “a partir do governo Temer verifica-se a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem para o desmonte do Estado brasileiro. No governo Bolsonaro tem-se o aprofundamento das contrarreformas iniciadas no governo anterior”. Nessa perspectiva, a decomposição da reforma psiquiátrica na perspectiva antimanicomial é um acontecimento que ocorre em sincronia com um amplo colapso nas políticas progressistas que adotavam o prisma do *welfare state* como ordenador das políticas sociais brasileira. Assim, as autoras entendem que está em curso no Brasil um largo programa de “contrarreforma” em todas as áreas que tem sido implantado em ritmo acelerado. As autoras destacam ainda que esse conjunto de mudanças ocorre com “[...] desprezo pela participação da maioria, ou seja, pela democracia, com ataques às instâncias de participação e controle social” (idem, p. 195).

A RPB teve sua ascensão no momento de redemocratização do Brasil e foi justamente no período de estabilidade democrática que ela teve seu maior desenvolvimento. Por outro lado, a contrarreforma ganha lastro no momento exato em que ocorre o achatamento da democracia no Brasil<sup>53</sup>. É relevante o fato de que as atuais alterações no curso da política de saúde mental não encontram amparo em nenhuma das *Conferências Nacionais de Saúde Mental* nem têm respaldo nas instâncias oficiais do controle social como o Conselho Nacional de Saúde e Conselho Nacional de Direitos Humanos. As decisões foram construídas no estilo *topdown*, deliberações de gabinete feitas no topo do poder decisório. Desse modo, como afirmam Nunes *et al.* (2019, p. 4493), a “nova política de saúde mental” desconsidera um dos pilares da reforma

---

<sup>53</sup> Há uma vasta literatura analítica da situação política vivida no Brasil desde o momento em que o candidato derrotado no segundo turno manifestou publicamente não reconhecer o resultado das eleições. A intensificação da crise político-institucional que se avolumou após o *impeachment* tem tensionado as bases da democracia brasileira. Vários livros, coletâneas e artigos acadêmicos analisam a densidade e as consequências desse momento, por exemplo: [Livro] Democracia em crise: o Brasil contemporâneo/ organizadores Robson Sávio Reis Souza, Adriana Maria Brandão Penzim e Claudemir Francisco Alves. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2017; [Livro] Brasil: incertezas e submissão?. – São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2019; [Livro] Democracia em Risco? 22 Ensaio sobre o Brasil Hoje. Vários autores. São Paulo: Editora Companhia das Letras. 2019.

psiquiátrica que é exatamente a democratização e a participação social nas decisões”. Ao seguir essa perspectiva, o Brasil segue a fórmula que culminou em descaracterização e retrocessos em outras experiências de reforma psiquiátrica conforme descritas por Desviat (1999) e Lougon (2006). Desviat (2018) exemplifica o caso da Espanha e nomeia como “reforma inacabada” a situação em que aquela experiência reformista foi atravessada e desmantelada em decorrência de uma articulação entre o neoliberalismo e a psiquiatria de base biomédica, semelhante ao que acontece no Brasil atualmente.

O conjunto dos temas trazidos até aqui nesse capítulo expressam a complexidade da reforma psiquiátrica. Essa é uma operação que não se resume aos indicadores numéricos. A análise da desospitalização e da desinstitucionalização demanda uma compreensão dos aspectos epistemológicos, históricos, políticos, sociológicos, econômicos, que estão em disputa. A implantação de uma política não ocorre num campo vazio, terraplanado para tal. O contexto - o mundo social no qual ocorre a implantação - é uma arena que tem existência prévia e tem força própria, onde se assentam histórias e sentidos que podem ser favoráveis ou desfavoráveis ao processo da implantação de uma intervenção. Essa complexidade afeta o alcance da intervenção em si; os resultados numéricos demonstram esse processo de modo parcial, apenas. Portanto, a análise da implantação da política de saúde mental demanda ir além dos efeitos aparentes demonstrados pelas evidências estatísticas. Exige situá-la em relação aos fatores “político, histórico, legislativo, econômico, cultural, social, institucional, organizacional, técnico [...]” (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a, p. 53), resgatando desse processo a dimensão simbólica, as lutas, os impasses e os resultados no ‘espaço dos possíveis’.

### **7.1 - Caracterização da assistência psiquiátrica hospitalar entre 2001 a 2021: Panorama da reorientação do modelo assistencial no Brasil**

Quatro décadas após os primeiros sinais da crise no paradigma psiquiátrico hegemônico<sup>54</sup>, depois de vinte anos da aprovação da Lei Federal 10.216, há uma substantiva literatura de análise dos avanços na reorientação do modelo assistencial em saúde mental, considerando a desinstitucionalização materializada em duas imagens-objetivos: 1) redução dos leitos em hospitais psiquiátricos; 2) implementação de uma

---

<sup>54</sup> Para Amarante (1995) o ponto de partida desse processo foi a crise nos hospitais vinculados à Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) ocorrida em 1978.

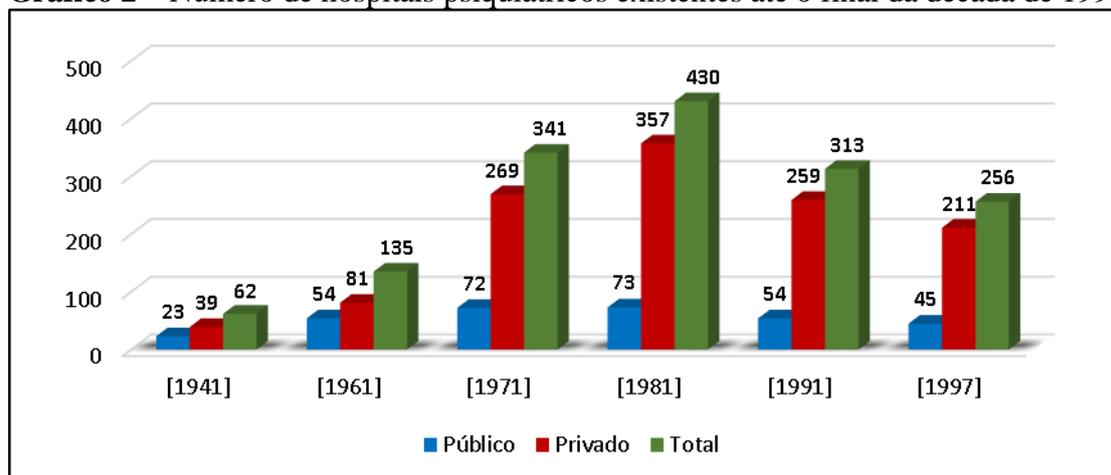
rede de serviços comunitários com ampliação da cobertura assistencial e diversificação da oferta, além de mudanças sensíveis nos valores que orientam as práticas no campo.

Entre os autores que orbitam no campo da reforma sanitária e/ou saúde coletiva, há consenso no reconhecimento dos avanços na política de saúde mental. Nunes & Onocko-Campos (2014, p. 506) consideram que a disposição brasileira favorável à reforma psiquiátrica foi uma das grandes apostas ético-políticas mais valorosas desde a década de 1980. Essas autoras advogam que, para além da mudança no âmbito da rede assistencial, a RPB permitiu um conjunto de outras conquistas socioculturais que passaram a oferecer à loucura outra resposta social; afirmam ainda que o acúmulo que se tem atualmente sobre o tema permite comprovar “[...] que a reforma psiquiátrica não é mera utopia [...]”. Para Nunes *et al.* (2019, p. 4491), a RPB é uma conquista social memorável e um importante avanço civilizatório, traduzida como uma política de saúde mental de caráter progressista e com reconhecimento internacional. De acordo com essas autoras, pode-se verificar que “ao longo de três décadas, os diferentes segmentos de movimentos antimanicomiais conseguiram construir uma proposta contra-hegemônica para a Política Nacional de Saúde Mental outrora concentrada na atenção hospitalar”. Onocko-Campos (2019, p.1) entende que “é inegável que a redemocratização e o processo da Reforma Psiquiátrica permitiram a criação de redes assistenciais ao longo e ao largo do país com grande expansão de serviços comunitários”. Severo *et al.* (2020, p. 9) compreendem que o novo modelo assistencial desembocou “na construção de uma rede de atenção orientada à substituição da lógica de internação hospitalar, até então principal meio de tratamento àqueles que apresentavam sofrimento psíquico”. Portanto, conforme afirmam esses autores, “foi essa implementação e sustentação política, por mais de 30 anos, que conferiu ao Brasil um lugar de destaque e reconhecimento internacional na saúde mental (idem, *ibidem*).

Essa transição de modelo tem ocorrido de modo gradual cujos os primeiros indícios datam de um período um pouco anterior à aprovação da Lei 10.216. Se a década de 1980 ficou marcada pelo número de hospitais psiquiátricos, 430 em 1981, na década de 1990, se iniciou o ensaio em busca de um “novo modelo [...], novos paradigmas para uma nova prática” (BRASIL, 1992, p. 40/41). O modelo vigente era hospitalocêntrico, com presença majoritária de hospitais privados que vendiam serviços ao Estado. O processo de diminuição do número de hospitais psiquiátricos teve início mais especificamente entre os anos de 1981 e 1991. Nesse intervalo de dez anos houve uma redução de 113 hospitais; nos seis anos seguintes, até 1997, outros 57 hospitais

foram descredenciados. No final daquela década, o Brasil havia reduzido seu parque assistencial para 256 hospitais psiquiátricos. Em 1984 os leitos psiquiátricos eram 105.765, já no ano de 1991 os leitos haviam sido reduzidos para 85.037, redução aproximada de 20% no período (ALVES *et al.* 1992, p. 53). Desse total, apenas 2.186 leitos estavam instalados em hospitais gerais, o equivalente a 2,6%.

**Gráfico 2** – Número de hospitais psiquiátricos existentes até o final da década de 1990



**Fontes:** DUARTE & GARCIA (2013, p. 42)  
TENÓRIO (2002, p. 43)

Pitta (2011, p. 4583) considera que a década de 1990 se caracterizou como o período da “reforma como política pública consentida”. Tenório (2002, p. 40) “viu amadurecer e consolidarem-se os processos que compõem hoje o cenário da reforma psiquiátrica brasileira”. Vasconcelos (2010, p. 21) reconheceu que, entre os anos de 1992 e 2001, intervalo entre a *II* e *III* *CNSM*, respectivamente, ocorreu intensa “mobilização e conquista da hegemonia política do modelo da desinstitucionalização de inspiração italiana e início do financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos”. Delgado (2014, p. 18) considera que essa década ficou caracterizada pela “construção de uma política nacional de saúde mental”, situação em que as propostas de reforma psiquiátrica oriundas de vários segmentos dos movimentos sociais passaram a ser incorporadas como política de saúde.

O Ministério da Saúde acolheu diversas sugestões do controle social e criou as primeiras regulamentações de serviços comunitários. Há marcadores políticos que distinguem esse período. Em 1990 foi aprovada a Lei 8.080 que instituiu o Sistema Único de Saúde. Esse foi o ano em que também ocorreu a *Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde*, em Caracas na Venezuela, acontecimento político de grande relevância para a indução da

mudança em âmbito nacional e continental. Em 1991 o Ministério da Saúde publicou a portaria GM nº 189/91 que incluiu novos procedimentos na tabela do SIH-SUS e no SIA-SUS, o que permitiu o custeio de atividades em serviços comunitários. Em 1992 aconteceu a *II CNSM* cujo relatório final considera que “a democratização do Estado com o controle da sociedade civil é fundamento do direito à cidadania e da transformação da legislação de saúde mental” (BRASIL, 1994, p. 6). Em linhas gerais, o relatório final dessa Conferência aponta para: 1) “efetuar a desinstitucionalização de todas as instâncias com características manicomial, tais como: asilo para idosos, instituições para menores, classes especiais e instituições penais, entre outras”; 2) “substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada” (idem, p. 7).

Nesse período houve intensificação do processo de redução de leitos a partir de mecanismos de fiscalização proativa do SUS. Em 1993 ocorreu o *I Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial - Piatã/ BA*, organizado pelo Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios (NESM) da Bahia, ocasião em que foi fundado o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA). Nesse encontro foi elaborada uma carta sobre os direitos dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental. Para Goulart (2006, p. 12), o movimento antimanicomial conquistou espaços importantes na condição de interlocutor de destaque “na gestão da reforma da política de assistência em saúde mental, em diversos níveis, como por exemplo, na comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica do Ministério da Saúde [...]”. Os agentes sociais antimanicomiais passaram a acumular importante capital simbólico e político que lhes permitiu disputar o projeto de reforma a partir do paradigma da desinstitucionalização e do compromisso ético-político antimanicomial. O MNLA se manteve como principal aglutinador das agendas de luta pela reforma psiquiátrica até fins da década de 90. Guljor e Amarante (2017, p. 640) afirmam que, no período de tramitação do projeto de lei da reforma psiquiátrica, “muitas mobilizações foram lideradas pelo MNLA na defesa de sua aprovação, reafirmando a potência deste movimento como catalizador da organização da militância política no campo da Reforma Psiquiátrica”.

Ainda em 1993, por meio da Resolução 93/1993, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) constituiu a *Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica* cujo objetivo era definir as estratégias para o cumprimento dos encaminhamentos da *II CNSM*, bem como avaliar a evolução da reforma psiquiátrica pelo país. Delgado (2014, p. 19) afirma que esta década ficou marcada pela ampliação da base ideológicas e pelo acúmulo de força

política em favor da aprovação da lei nacional. Mas também “foi um período marcado pela grande ofensiva neoliberal e, no país, uma agenda de ajuste fiscal e submetimento às imposições das agências internacionais” (GULJOR e AMARANTE, 2017, p. 641).

Um tema sempre problemático na Política de Saúde Mental é o financiamento. No final da década de 1980, os leitos psiquiátricos somavam 19,1% do conjunto dos leitos no Brasil; isso implicava em alto gasto com o custeio apenas dessa modalidade de assistência. Considerando que a maioria dos serviços eram prestados pelo setor privado, qualquer diminuição de orçamento geraria impasses. A assistência psiquiátrica se constituiu historicamente como um campo onde circulam diversas formas de capitais, entre eles, o capital econômico. No jogo entre acumulação e desacumulação de capitais, a reforma psiquiátrica incidiu drasticamente na acumulação econômica da chamada “indústria da loucura” (CERQUEIRA, 1984). No momento de maior investimento público no modelo hospitalocêntrico, “os gastos com internação por transtornos mentais representaram, em 1990, 8,5% de toda a despesa com internação da rede pública, conveniada e contratada, configurando o segundo maior gasto com internações hospitalares pelo INAMPS” (ALVES, 1992, p. 55). Na teoria bourdieusiana pode-se encontrar uma atenção especial para a questão do capital econômico. Bourdieu (2014, p. 492) considera que algumas formas de acumulação podem se configurar como “um processo de acumulação em que o capital vai ao capital [...]” através de um processo de transmutação de capitais. Em especial, o capital econômico pode ser transmutado em capital simbólico que, por sua vez, se traduz em poder de nomeação e mecanismos de dominação. Qualquer ameaça de transformação da posição dominante desse jogo produz reação contrária. A oposição empreendida pela Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) ao processo de reforma psiquiátrica desde aquele momento decorreu da luta pela conservação do capital econômico das instituições hospitalares que, por sua vez, também tem uma dimensão de capital simbólico e capital político. Juntamente com a ABP, a FBH continua sendo uma das mais destacadas antagonistas da RPB.

Além da crise instalada pela pressão da ideologia neoliberal dominante entre os governos dos presidentes Fernando Collor, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso, a política de saúde mental tinha um estrangulamento particular; mesmo com os 208 CAPS existentes no final da década de 1990, “cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são [eram]<sup>55</sup> destinados aos hospitais psiquiátricos” (BRASIL, 2005, p. 8). Ao longo da década de 1990 já se verificava a

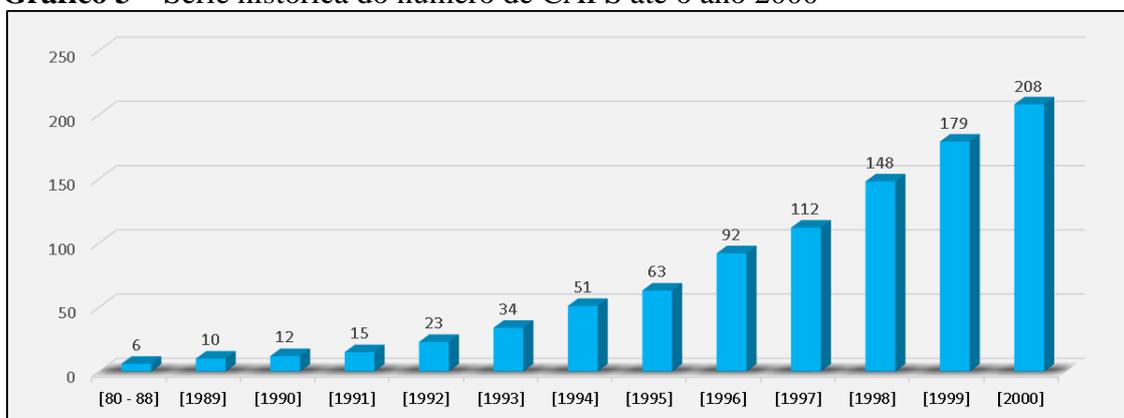
---

<sup>55</sup> Termo incluído por mim.

redução de leitos, por um lado, e a oferta de serviços comunitários de caráter extra-hospitalar, mesmo sem definição quanto ao modo de financiamento.

De acordo com Alves (1992, p. 58), o Ministério da Saúde analisou a viabilidade do novo modelo assistencial tendo havido a verificação da “tendência de reversão desse modelo, já a partir de meados de década de 80, com a progressiva criação de serviços alternativos à internação hospitalar”; entretanto, a expansão esbarrou na ausência de mecanismos de financiamento para os novos serviços. Mesmo assim, houve progressiva expansão de serviços comunitários.

**Gráfico 3** – Série histórica do número de CAPS até o ano 2000



Fonte: BRASIL (2007, p. 14)

Em janeiro de 1992 o Ministério da Saúde instituiu o *Programa de Apoio à Desospitalização* (PAD) como estratégia de reabilitação. O PAD era destinado “a pessoas internadas há mais de cinco anos ininterruptos ou dez anos com pequenos intervalos de alta [...] e que tenham condições de beneficiar-se de tratamento e cuidados fora do hospital” (ALVES, 2016, p. 39). Esse autor estimou que dos 77.000 leitos existentes em meados da década de 1990 cerca de 20.000 eram ocupados por moradores institucionalizados, ou seja, 25% dos leitos. O Plano preconizava que os recursos financeiros poupados com a desativação dos leitos deveriam ser repassados para ações de reinserção sendo metade destinado ao egresso ou seus familiares e a outra metade seria repassada para as secretarias municipais de saúde para custeio da assistência extra-hospitalar. O PAD não foi concretizado, demonstrando um desencontro entre o plano e a implementação. De todo modo, a concepção desse programa inspirou o *Programa de Volta para Casa* (PDV) que se transformou em política oficial em 2003.

A Portaria GM nº 224/1992 normatizou o atendimento ambulatorial no SIA-SUS definindo os perfis e as atividades realizadas nos serviços extra-hospitalares. Pela

primeira vez há o reconhecimento dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esta Portaria define que:

os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionais, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8:00 às 18:00hs., segundo definições do Órgão Gestor Local. Devem constar com leitos para repouso eventual. (BRASIL, 2004, p. 243)

As Portarias GM nº 189/1991 e 224/1992 permitiram que o Ministério da Saúde passasse a financiar outros procedimentos, ações e serviços até então inexistentes na tabela de custeio do SUS. Anteriormente o Sistema financiava apenas leitos psiquiátricos e consultas ambulatoriais. De acordo com Pitta (2011, p. 4586), as análises existentes à época “convergem ao apontar que o processo da Reforma no país não consistiu em um desmantelamento da rede hospitalar, mas na sua transformação para alternativas não hospitalares”. Em outros termos, não se tratava de fechar leitos apenas, mas, sim, construir possibilidades assistenciais comunitárias. Com isso, buscou-se evitar a desassistência como efeito da reorientação do modelo.

Em 1991 existiam 85.037 leitos psiquiátricos (ALVES, 1992, p. 50); em dezembro de 1996 o número havia caído para 72.514, uma redução nominal de 12.523 leitos ou 14,73% do total existente no começo da década (BRASIL, 2005, p. 11). Nesse período o SUS contava com aproximadamente 100 CAPS. Tenório (2002, p. 44) avalia que essa progressiva redução de leitos estava acompanhada de uma taxa de criação de CAPS/NAPS ainda insuficiente ao ser comparada com o que havia sido projetado como necessidade de expansão da rede. No ano de 2000 o número de leitos em hospital psiquiátrico havia sido reduzido para 60.868, ou seja, diminuição de 11.646 equivalente a 16,06% dos leitos existentes em 1996. Nesse mesmo intervalo foram implantados outros 108 novos CAPS, aumentando em mais que o dobro do número desses serviços quando comparado o número existente em 1996. A década foi finalizada com 208 CAPS e cerca de 2000 leitos instalados em hospitais gerais. Tenório (2002, p. 44) e Pitta (2011, p. 4586) fizeram uma avaliação positiva dessa fase de formulação e implantação dos primeiros passos do novo modelo assistencial.

### 7.1.1 - As mudanças na assistência hospitalar no Brasil entre 2000 e 2021

A assistência hospitalar em saúde mental no Brasil sofreu importante transformação desde a década de 1990, antes mesmo da Lei 10.216. As diretrizes políticas adotadas pelo Ministério da Saúde impulsionaram essa transformação. Como disse Tenório (2002, p. 43), no campo da saúde mental, a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos é um indicador positivo, desde quando acompanhada da ampliação da oferta de alternativas assistenciais de caráter comunitário. Logo, uma política de desospitalização planejada deve evitar uma possível desassistência.

Entre os anos de 1995 e 2005 houve um importante esforço normativo para viabilizar formalmente a reorientação do modelo. Foi um período difícil onde diferentes projetos disputaram o modelo, inclusive “projetos de lei anti-reforma tentaram se consolidar e no campo governamental, também, contra-normas buscaram prosperar – nesse período fértil e contraditório de luta, em que se buscou esculpir a superestrutura jurídica da luta política pela sociedade sem manicômios” (BRASIL, 2004, p. 334). A análise desse conjunto de dados deve considerar a premissa de que os desfechos que foram obtidos ao longo desse percurso são o resultado das batalhas travadas por paradigmas díspares. A promulgação da Lei 10.216/01 ofereceu garantias jurídicas ao processo como um todo. Essencialmente essa Lei “redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais” (BRASIL, 2005, p. 8), embora apresente um ponto de imprecisão quando “não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios” (idem, ibidem). Duarte e Garcia (2003, p. 45) compreendem que a legislação aprovada e a “[...] redução de leitos psiquiátricos expressam, por um lado, o avanço da luta pela RP; por outro, evidenciam o embate entre os donos de HPs que se baseiam no modelo hospitalocêntrico e veem a loucura como ‘negócio’ e os defensores do fim do HP”. A nova legislação formalizou e impulsionou as mudanças.

Ao longo da década de 2000, a década da ‘reforma legal’, foram sedimentadas algumas das principais bases da dimensão jurídico-político com um conjunto de atos normativos que constituíram mecanismos administrativos consistentes, uma parte da legislação foi destinada à fiscalização rígida da assistência psiquiátrica hospitalar e outra parte da legislação viabilizou mecanismos de financiamento para os serviços comunitários. Esse período foi caracterizado por dois movimentos simultâneos: “a

construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro [...]”. Portanto, a reforma psiquiátrica passou a ter lastro na agenda na política oficial do Estado brasileiro de modo progressivo.

**Quadro 6 - Portarias e decretos federais da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas de 2000 a 2021**

Ano	Origem	Nº	Assunto
2000	GM	106	Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde
	GM	799	Institui o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental
2001	GM	106	Define que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados, possuam equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades
	GM	251	Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.
2002	GM	251	Estabelece as diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria no SUS. Estabelece a classificação para os hospitais psiquiátricos integrantes da rede do SUS, apurada pelos indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH
	GM	336	Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional
	GM	816	Institui no SUS o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios.
	GM	1.220	Cria nas Tabelas de Serviços e de Classificação de Serviços do SIA/SUS, o serviço e a classificação dos Serviços Residenciais Terapêuticos
	GM	1.467	Constitui a Comissão de Análise e Acompanhamento do Processo de Classificação Hospitalar em Psiquiatria, destinada a avaliar o processo de supervisão e reclassificação hospitalar, acompanhar a etapa de reestruturação dos hospitais psiquiátricos públicos, privados e filantrópicos.
	SAS	189	Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimento realizados pelos CAPS
	SAS	305	Aprova as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas
	SAS	1.001	Estabelece nova classificação dos hospitais psiquiátricos credenciados pelo SUS, com base no porte (número de leitos existentes) e na pontuação obtida no PNASH/Psiquiatria
	SAS	2.391	Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS
	2003	GM	1.455

	GM	1.947	Aprova o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência
2004	GM	52	Aprova o “Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004”
	GM	1.608	Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes
2005	GM	245	Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências
2006	GM	1.876	Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão
2008	GM	154	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF
2009	GM	1.190	Institui 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 define suas diretrizes gerais, ações e metas.
2010	Decreto PR	7.179	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências
2011	GM	121	Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial
	GM	122	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
	GM	3.088	Institui 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)
	GM	3.089	Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
	GM	3.090	Altera a Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).
	GM	3.099	Estabelece, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios referentes ao novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
2012	GM	121	Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial
	GM	123	Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.
	GM	130	Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros
	GM	131	Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as <b>Comunidades Terapêuticas</b> , voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial
	GM	132	Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).
	GM	148	Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial
	GM	349	Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui

			incentivos financeiros de investimento e de custeio
	GM	856	Inclui, na tabela de tipos de estabelecimentos do SCNES, o tipo 78 - Unidade de Atenção em Regime Residencial.
2016	SAS	1.482	Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde [são considerados elegíveis ao cadastramento no CNES as entidades de promoção à saúde e as <b>Comunidades Terapêuticas</b> ]
2017	GM	3.588	Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.
2018	SAS	544	Define diretrizes para o cadastro de novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV
	GM	2.434	Reajusta o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos
	GM	3.659	Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS
2019	GM	3.762	Habilita Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde

Fonte: Elaboração Própria

Cabe considerar que, nas entrelinhas dessa evolução normativa, há uma disputa de modelos que vem se tornando mais explícita desde 2012. A Portaria GM 131/2012 e a Portaria SAS 1.482/2016 legitimaram as Comunidades Terapêuticas e as introduziram como parte integrante da RAPS, fato inédito até então. Esses serviços são duramente criticados na literatura reformista uma vez que reproduzem os fundamentos que historicamente caracterizaram os hospitais psiquiátricos, lugar de onde se originaram. Como dito anteriormente, Basaglia (1985, p. 146) considerava que esses serviços se configuravam como uma nova modalidade de controle social designada para moldar o comportamento dos miseráveis, dos loucos, dos usuários de drogas; portanto, mais uma das adaptações tardias das instituições psiquiátricas que, como as demais, seria incapaz de romper com os mecanismos de exclusão social, e sem capacidade de oferecer condições de inserção social pós-alta. Novamente volta ao centro a questão das relações de poder. Por um lado, o apelo social pela exclusão e controle dos ‘corpos indesejáveis’; por outro lado, instituições legitimadas para executar a exclusão. Como amplamente demonstrado por Foucault (2005; 2018), uma repetição ao modo da “grande internação” descrita em *História da Loucura*.

No fluxo da contrarreforma psiquiátrica, em 2017 o MS instituiu a Portaria GM nº 3.588 que incluiu os hospitais psiquiátricos na RAPS, como apresentado anteriormente. Além disso, pela primeira vez após o início da reorientação do modelo,

por meio da Portaria GM nº 3.659/2018, o Ministério da Saúde suspendeu o repasse dos serviços da RAPS que não haviam apresentado registros de procedimentos realizados nos meses anteriores. Esse ordenamento materializou a etapa de desfinanciamento da RAPS, também compreendida como mais um dos efeitos da contrarreforma. Nessa conjuntura, por ocasião da Portaria GM nº 2.434/2018, ocorreu também o aumento do valor do custeio dos leitos em hospital psiquiátrico que em algumas situações atingiu até 60% de acréscimo nas diárias. Com isso adveio uma revitalização do hospital em contraposição ao postulado no *Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica* instituído em 2004 com a Portaria GM nº 52/2004.

De todo modo, em que pese a contrarreforma psiquiátrica deflagrada a partir de 2015, há vários avanços normativos no Brasil. A diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos ocorreu de modo processual e gradativo, acompanhada de um redimensionamento normativo que fortaleceu a oferta de serviços comunitários. Esses avanços são compatíveis com as mudanças verificadas pela OMS (2017, p. 2) em âmbito internacional. De acordo com essa instituição, entre 2012 e 2017, aproximadamente 62% dos países membros fizeram atualização em suas políticas e planos de saúde mental e cerca de 40% também mudaram sua legislação. Nesse mesmo levantamento, constatou-se que 48% dos países membro desenvolveram políticas e planos baseados nos direitos humanos. A existência de novas políticas de saúde mental associadas com mudanças na legislação é considerada pela OMS (*idem*) como um avanço do ponto de vista da governança nos sistemas de saúde mental. A propósito, essa foi a ‘meta 1’ do *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020* (OMS, 2013) por meio do qual se pretendia estimular a formulação e a implantação de políticas e planos nacionais sobre a saúde mental de maneira que estivessem articulados com os planos regionais e mundiais de saúde mental, fundamentalmente em diálogo com os direitos humanos. Portanto, as mudanças desencadeadas na dimensão jurídico-política da política de saúde mental no Brasil entre 2000 e 2015 estiveram em sintonia com as orientações e as convenções internacionais sobre direitos humanos e desinstitucionalização.

**Quadro 7 - Principais leis federais Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas de 2000 a 2021**

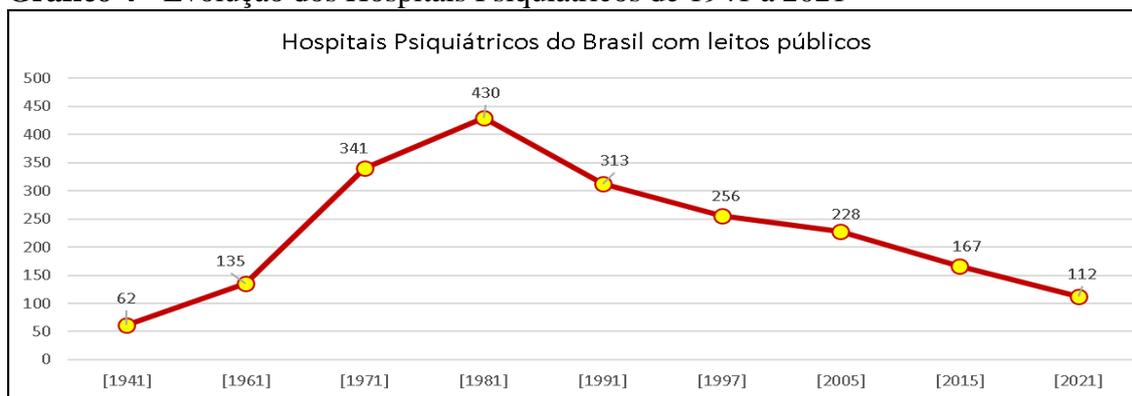
Nº Lei	Ano	Assunto
10.216	2001	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
10.708	2003	Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações (Programa de Volta para Casa)

<b>11.343</b>	2006	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências
<b>13.819</b>	2019	Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998
<b>13.840</b>	2019	Altera a Lei nº 11.343 e outras para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas

Fonte: Elaboração Própria

Esse conjunto de atos normativos instituídos a partir do ano 2000 impulsionou a redução de leitos por meio de um mecanismo que planificou a oferta de leitos e garantiu a gradual expansão dos serviços comunitários. A Portaria GM nº 52/2004 introduziu um processo sistemático de redução de leitos em hospitais psiquiátricos de grande porte assim como permitiu o fechamento de instituições de baixíssima qualidade de acordo com a pontuação obtida nas avaliações do PNASH. De acordo com Brasil (2007, p. 25) os principais mecanismos para a redução dos leitos foram o PNASH - “primeiro processo avaliativo sistemático, anual, dos hospitais psiquiátricos no Brasil”- e o *Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica* no SUS (PRH) que foi o mecanismo pactuado para progressiva redução de leitos, inicialmente a partir dos hospitais de grande porte. Entre 1997 e 2005 foram descredenciados 28 hospitais psiquiátricos. Além disso um conjunto de outros hospitais diminuíram a quantidade de leitos disponíveis para o SUS.

**Gráfico 4 - Evolução dos Hospitais Psiquiátricos de 1941 a 2021**



Fontes: BRASIL, Relatório Caracas 15 anos depois (2005)  
DUARTE, Sílvia Louzada; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira (2013)  
BRASIL, Saúde Mental em Dados 12 (2015)  
CNES<sup>56</sup>

<sup>56</sup> CNES - Indicadores – Leitos. Estado – Todos / Município – Todos/ Tipo Leito - PSIQUIATRIA  
[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Leitos\\_Listar.asp?VCod\\_Leito=47&VTipo\\_Leito=6&VListar=1&VEstado=00&VMun=&VComp=](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=47&VTipo_Leito=6&VListar=1&VEstado=00&VMun=&VComp=)

O gráfico acima corresponde aos hospitais especializados em psiquiatria que oferecem leitos do código 47 no CNES. Ao todo, dessas 112 instituições, 45 são instituições públicas (41,9%) - rede própria - e 67 são instituições privadas (58,1%) – rede complementar. O sistema de informação registra ainda outras 82 instituições psiquiátricas que possuem oferta de leitos com o mesmo código, mas correspondem a instituições não conveniadas com o SUS. Há dois tipos de hospitais privados: 1) os que ofertam leitos para o SUS (N = 67); 2) os que não oferecem leitos para o SUS (N = 82).

O conjunto dos hospitais especializados que oferecem exclusivamente a especialidade psiquiátrica [leito de código 47] somam 149 unidades. A quantidade de instituições privadas continua maior que a quantidade de instituições públicas, embora a proporção tenha diminuído se comparada aos dados da década de 1990. Em junho de 2021 o CNES registrava 194 hospitais especializados em psiquiatria em funcionamento no Brasil dos quais 112 oferecem leitos ao SUS.

Ao longo das duas décadas após a aprovação da Lei 10.216 o número de leitos psiquiátricos ofertados em hospitais psiquiátricos foi reduzido em cerca de 66,24% quando comparado com o quantitativo existente em dezembro de 2001, precisamente 35.082 leitos. Comparando com o quantitativo de leitos existentes em dezembro de 1996, como aparece no gráfico abaixo, a redução foi de 83,10% ou exatos 87.904 camas hospitalares em hospitais especializados. Em 05 de junho de 2021 o CNES registrava a existência de **17.880** leitos código 47 dos quais há **13.425** leitos credenciados nos 112 hospitais psiquiátricos vinculados ao SUS. Com isso, observa-se os seguintes cenários:

- Entre dezembro de 1996 e dezembro de 2001 houve uma redução de **19.552** leitos (maior parte do período é anterior a Lei 10.216);
- Entre janeiro de 2002 e dezembro de 2006 houve uma redução de **7.118** leitos (período posterior a Lei 10.216 e a portaria GM 52);
- Entre janeiro de 2007 e dezembro de 2011 houve uma redução de **7.823** leitos;
- Entre janeiro de 2012 e dezembro de 2016 houve uma redução de **12.924** leitos
- Por fim, entre janeiro de 2017 e junho de 2021 houve uma redução de **7.217** leitos.

Nessa periodização verifica-se que a maior redução de leitos em termos absolutos aconteceu entre 1996 e 2001, antes mesmo da vigência da legislação federal. Na sequência dos anos segue-se uma redução progressiva de com variação de 700 a 2.000 leitos ao ano, com média de 1.754 unidades anuais ao longo do processo.

Este ciclo de redução de leitos é compatível com outras experiências de reforma psiquiátrica pelo mundo, algumas delas iniciadas quatro décadas antes, como disse De Negri Filho (2016), que estimou uma redução de 50% dos leitos psiquiátricos na Europa durante a década de 1980. De acordo com dados da OMS (2011, p. 72), entre 2005 e 2011 houve uma significativa redução de leitos psiquiátricos no mundo; esse decréscimo atingiu a média de 0,11 leitos para cada grupo de 100.000 habitantes; mas no caso dos países da América essa diminuição foi de 0,53 leito por 100.000 habitantes. No *Atlas de salud mental de las Américas* (OMS, 2017, p. 18), com dados referentes ao ano de 2017, observa-se que a média das três Américas como um todo é de 16,7 leitos psiquiátricos para cada grupo de 100.000 habitantes; mas, na América do Sul, a média cai para 5,1 leitos<sup>57</sup>. Essa informação é importante para comparar com os dados da realidade brasileira na atualidade.

A escala de cálculo de leitos adotada pela OMS considera como referência o número de leitos por grupos de 100.000. Considerando a metodologia da OMS, constata-se que, no ano de 2017, o Brasil tinha **10,9** leitos psiquiátricos por 100.000 habitantes; portanto, acima da média da América do Sul que era de **5,1** naquele ano. Na atualização desse indicador para análise do ano de 2021, com os mesmos parâmetros comparativos da OMS - *Atlas de salud mental de las Américas* (2017), observa-se que o Brasil tem **8,38** leitos psiquiátricos por 100.000 habitantes<sup>58</sup> (N = 17.880). Sendo calculado apenas o leito psiquiátrico (código 47) disponível exclusivamente em hospital psiquiátrico (N= 13.425) a razão é de **6,29** leitos para 100.000 habitantes em 2021, ainda acima da média da América do Sul.

No Brasil, grupos e instituições contrárias à Reforma Psiquiátrica, como a ABP/CFM (2014 e 2020), reiteradamente argumentam que há pouca quantidade de leitos psiquiátricos, gerando uma importante polêmica o “parâmetro” de referência para calcular esses leitos. A OMS não define um indicador mínimo e máximo para leitos psiquiátricos, diferente do que se afirma em alguns documentos da ABP e CFM. Nos relatórios da OMS, verifica-se alta discrepância na comparação entre diferentes países. Os países de alta renda possuem quantidade de leitos psiquiátricos bem superior aos

<sup>57</sup> A alta taxa de leitos no continente americano se deve aos países caribenhos não latinos que possuíam 67,6 leitos para cada grupo de 100.000 habitantes.

<sup>58</sup> De acordo com as projeções do IBGE, em junho de 2021 o Brasil tinha 213.347.522. Assim, o cálculo

$$\frac{\begin{array}{l} \text{(Leitos X 100.000)} \\ 17.880 \times 100.000 \end{array}}{\begin{array}{l} 213.347.522 \\ \text{(Habitantes)} \end{array}} = 8,38$$

seria o seguinte:

. Para estimativa da população, ver IBGE em:

[https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/box\\_popclock.php](https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/box_popclock.php)

países de baixa renda. No relatório *Mental Health Atlas 2017* (OMS, 2017, p. 38), a OMS identifica identificou que um país de alta renda chegou a ter 52,6 leitos para 100.000 habitantes enquanto que um país de baixa renda tinha apenas 1,9 leitos para a idêntica quantidade de habitantes naquele mesmo ano. Logo, o número de leitos apontado pela OMS não é um padrão a ser seguido, é apenas uma referência para análise. Segundo o *Mental Health Atlas 2020*, globalmente existem **10,8** leitos por 100.000 habitantes (OMS, 2021, p. 79). Na série de relatórios do *Mental Health Atlas* a OMS não há um diagnóstico que pondere a quantidade de leitos e a oferta de serviços comunitários.

Diferente das “Diretrizes” da ABP/CFM/FENAM, a ‘segunda linha estratégica de ação’ do *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020* da OMS (OMS, 2013, p. 16) sugere que “en lugar de atender al paciente en hospitales psiquiátricos de estancia prolongada, privilegiar sistemáticamente la asistencia en centros de salud no especializados, [...] recurriendo a una red de servicios comunitarios de salud mental inter-relacionados”. A avaliação dos indicadores desse *Plan* constatou superação da meta de redução de 15% de leitos psiquiátricos em dez países. Verificou-se que quinze países reduziram mais de 15%. Assim, “a reestruturação dos serviços de saúde mental levando à desinstitucionalização continua a ser uma prioridade para que os serviços concentrados atualmente em hospitais psiquiátricos [...] sejam prestados dentro das comunidades” (OPAS, 2021, p. 3). Na contra-mão do argumento ABP/CFM sobre a oferta de leitos para o Brasil, a OPAS/OMS sugere continuar a reorientação do modelo com vistas à desinstitucionalização e, caso necessário, priorizar leitos em hospitais gerais, não em hospitais psiquiátricos (OMS, 2013, p. 16).

Em 2015 o Ministério da Saúde do Brasil adotou um novo parâmetro para cálculo dos leitos de uma forma geral, inclusive os psiquiátricos. Na Portaria GM nº 1.631/2015, o novo parâmetro passou a ser 1 (um) leito psiquiátrico para cada grupo de 23.000 habitantes. A partir dessa nova matriz de cálculo (população total/ 23.000)<sup>59</sup> pode-se concluir que seriam necessários **9.276** leitos em hospitais psiquiátricos,

<sup>59</sup> Com a Portaria GM nº 1.631/2015 considera-se:

Fórmula	Cálculo
Parâmetro Ministério da Saúde $\frac{\text{População}}{23.000}$	Parâmetro Ministério da Saúde $\frac{213.347.522}{23.000} = 9.276$

considerando a população brasileira em 2021. Essa parametrização gerou contestação de segmentos empresariais e médicos, a exemplo da FBH e do CFM<sup>60</sup>.

Em junho de 2021, o leito psiquiátrico [código 47] estava disponível em onze diferentes perfis de serviços (hospital especializado, hospital geral, hospital dia, pronto socorro especializado, CAPS III, entre outros). São **17.880** leitos nesse perfil. Há **13.425** leitos psiquiátricos ofertados pelos 112 hospitais especializados do SUS. Há **4.455** leitos distribuídos em serviços de outros perfis. Há, além disso, **12.766** leitos psiquiátricos não-SUS. Ao todo, havia o credenciamento de **30.646** leitos psiquiátricos distribuídos conforme tabela abaixo<sup>61</sup>.

**Tabela 2 - Distribuição dos leitos psiquiátricos no Brasil [Cód. 47] em junho de 2021**

Tipo de Estabelecimento	Quant_existente	Quant_SUS	Quant_Ñ_SUS
Centro de Atenção Psicossocial- CAPS	152	152	-
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	1.969	210	1.759
Hospital Especializado	22.925	13.425	9.500
Hospital Geral	5.237	4.023	1.214
Hospital Dia	246	1	245
Pronto Atendimento	6	6	-
Pronto Socorro Especializado	18	18	-
Pronto Socorro Geral	30	23	7
Unidade de Atenção em Regime Residencial	28	-	28
Unidade Mista	35	22	13
<b>Total</b>	<b>30.646</b>	<b>17.880</b>	<b>12.766</b>

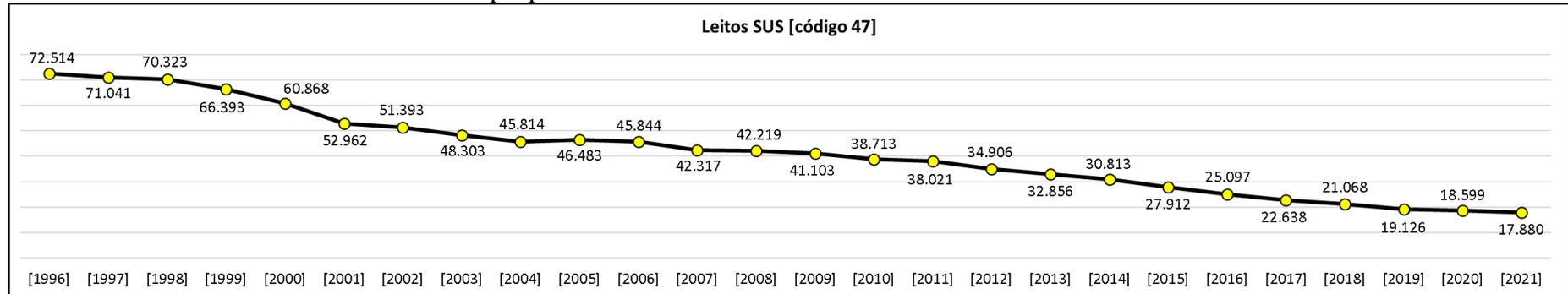
Fonte: CNES (2021)<sup>62</sup>

O gráfico abaixo apresenta a série histórica da oferta dos leitos SUS considerando dois aspectos: a) corresponde aos leitos psiquiátricos ofertados pelo SUS nos onze diferentes perfis de serviços de saúde (N = 17.880); b) não fazem parte dessa soma os Serviços Residenciais Terapêuticos, as Comunidades Terapêuticas, as Unidades de Acolhimento, os hospitais privados não-SUS.

<sup>60</sup> Ver: <https://portal.cfm.org.br/noticias/em-11-anos-o-sus-perde-quase-40-de-seus-leitos-de-internacao-em-psiquiatria/>. Acessado em 26/06/2021

<sup>61</sup> Esses dados foram tabulados com base na extração ocorrida em 05 de junho de 2021.

<sup>62</sup> CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação – Brasil. Quantidade existente, Quantidade SUS, Quantidade Não-SUS por Tipo de Estabelecimento. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>. Acessado em 05/06/2021

**Gráfico 5 - Série histórica da oferta de leito psiquiátrico SUS no Brasil de 1996 a 2021**

**Fontes:** [Entre 1996 e 2004] – BRASIL. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental. 2005.  
 [Entre 2005 e 2021] – CNES (2021) <sup>63</sup>

<sup>63</sup> CNES: Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação – Brasil. Leitos outras especialidades - Psiquiatria. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def> . Acessado em 30/06/2021

A curva descendente da oferta de leitos psiquiátricos no Brasil é compatível com o cenário internacional como revelado pelos relatórios da OMS. A partir do *Atlas Recurso de Salud Mental em el Mundo* (OMS, 2001), essa instituição tem monitorado a oferta dos recursos assistenciais. Os relatórios foram produzidos em 2001, 2005, 2011, 2014, 2017 e 2020. Os dados de maior confiabilidade do número de leitos passam a ser vistos a partir do relatório de 2011 no comparativo com o relatório de 2005. O *Mental Health Atlas 2011* (OMS, 2011, p. 72) constatou que a diminuição média de leitos foi de 0,11 por 100.000 habitantes em âmbito global; especificamente na Europa a redução foi de 0,49 do total leitos psiquiátricos por 100.000 habitantes e nas Américas 0,53 leitos (idem, p. 73). Entre 2011 e 2014 houve uma queda de 5% no número de hospitais psiquiátricos no mundo (OMS, 2015, p. 52). O número de leitos em hospital psiquiátrico foi reduzido em 28% enquanto que o número de leitos psiquiátricos em hospital geral foi ampliado em 60%. Em particular, na região das Américas a redução foi de 45%. Globalmente, em 2011, eram 9,29 leitos em hospital psiquiátrico por 100.000 habitantes e, em 2014, eram 6,68 (idem, p. 55). Contudo, verifica-se uma divergência com o *Mental Health Atlas 2017* (OMS, 2018) que informa que globalmente a média de leitos é 11,3 por 100.000. O relatório de 2017 não compara com o anterior de 2014, embora numericamente ocorreu variação para mais. No relatório de 2020 viu-se uma diminuição para 10,8 leitos por 100.000 (OMS, 2021, p. 79).

O número de leitos é maior em alguns países de renda alta e, sobretudo, em países quem não modernizaram suas políticas de saúde. Entre os países de alta quantidade de leitos, destaca-se o Japão com cerca de 330.000 leitos (dados referentes a 2018). O Japão conseguiu diminuir cerca de 25.000 em pouco mais de uma década (OECD, 2021, p. 92). A diminuição de leitos tem sido um fenômeno verificado em quase todos os países integrantes da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, como constata o relatório *A New Benchmark for Mental Health Systems de 2021*. De acordo com esse relatório, verifica-se que:

todos os países da OCDE já prestam a maioria dos serviços de saúde mental fora dos ambientes de internação, ou têm a transição para modelos de atenção baseados na comunidade como uma prioridade política, de acordo com o Quadro de Desempenho de Saúde Mental da OCDE e outras estratégias internacionais, notadamente o Plano de Ação de Saúde Mental da OMS. Entre 2000 e 2018, o número médio de leitos psiquiátricos por 1.000 habitantes caiu de 0,9 para 0,68 nos países da OCDE, com quedas particularmente significativas na Irlanda (1,41 para 0,34), Finlândia (1,03 para 0,39), Holanda (1,56 para 0,91) e Letônia (1,86 a 1,25). O número de leitos aumentou apenas na Noruega, Alemanha e Coreia. Isso pode indicar um aumento geral na disponibilidade de serviços, tanto por meio de internação quanto de cuidados comunitários. (OECD, 2021, p. 91)

Em especial na região das Américas tem havido um processo de mudança de modelo assistencial com forte indução da OPAS. Considera-se que “os países da Região vêm fazendo sérios esforços para deslocar o eixo da atenção prestada, incluindo desde os serviços nos hospitais psiquiátricos tradicionais até um modelo com base na comunidade [...]” (OPAS, 2017, p. 1). O Comitê Executivo do *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020* avaliou os efeitos decorrentes desse *Plan* e constatou que nessa região “um progresso notável foi obtido nas áreas de política e legislação para a saúde mental, reduzindo-se o papel dos hospitais psiquiátricos, integrando-se a saúde mental à atenção primária à saúde e desenvolvendo-se programas de promoção e prevenção da saúde mental” (OPAS, 2021, p. 1).

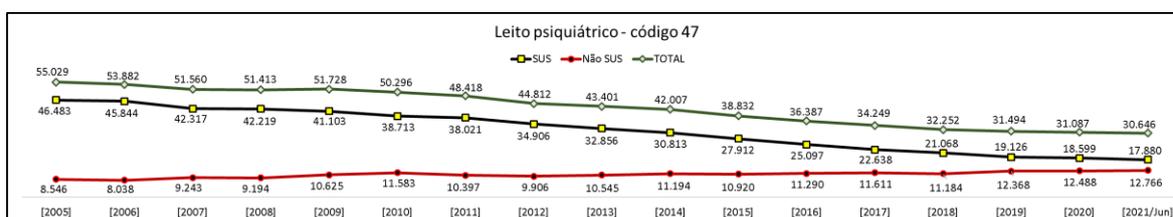
Como pode ser visto, a progressiva redução de leitos tem acontecido em âmbito internacional. Esse fenômeno tem sido sincronizado com dois outros acontecimentos simultâneos: a) um significativo incremento de serviços comunitários; b) a ampliação do número de leitos em hospitais gerais. Para a OPAS (2021, p. 2) “a reestruturação dos serviços de saúde mental levando à desinstitucionalização continua a ser uma prioridade, para que os serviços concentrados atualmente em hospitais psiquiátricos [...] sejam prestados dentro das comunidades”. Para tanto, a OMS (2013, p. 14) “recomienda el desarrollo de servicios integrales de salud mental y de asistencia social de base comunitaria; la integración de la asistencia y los tratamientos de salud mental en los hospitales generales y la atención primaria [...]”. No que diz respeito ao número de leitos em hospitais gerais, a OMS (2017, p. 38) verificou um ligeiro aumento na oferta entre 2011 e 2017. A média mundial é de 2 leitos psiquiátricos em hospital geral para cada grupo de 100.000 habitantes. Nos países de renda alta são em média 13 leitos.

A reorientação do modelo assistencial, conforme preconizado pela OMS, vem acontecendo no Brasil com diferentes dinâmicas de acordo com os diferentes ciclos de gestão no âmbito do Governo Federal, dos estados e municípios. A evolução dos serviços comunitários no Brasil será apresentada no tópico 7.1.3 a seguir.

Retomando o detalhamento da assistência hospitalar em psiquiatria no Brasil, para fins comparativos, o gráfico abaixo apresenta uma série histórica ainda do leito psiquiátrico (código 47) ao longo dos últimos quinze anos. A sequência apresenta as duas variáveis: leitos SUS e leitos não-SUS. Em junho de 2021 eram 30.646 leitos psiquiátricos, sendo 17.880 leitos SUS e 12.766 leitos não-SUS. No geral, verifica-se uma redução significativa na oferta desses leitos, mas com caracterizações específicas

para os diferentes segmentos. Efetivamente a redução aconteceu só em relação aos leitos SUS. Foram 28.603, ou seja, 61,53%. Cabe considerar novamente que desses leitos SUS restantes 13.425 estão em hospitais psiquiátricos, como mostrado na tabela 2 acima. Se, por um lado, houve redução dos leitos públicos, por outro lado ocorreu aumento nos leitos não-SUS. Ocorreu ampliação de 4.220 leitos nesse segmento, equivalente a 49,38% do total. Parte desse aumento se deve ao fato de que os hospitais que foram descredenciados do SUS passaram a oferecer o mesmo serviço como saúde suplementar. Logo, ocorreu um deslocamento quanto ao “pagador” do serviço.

**Gráfico 6** - Série histórica da oferta de leito psiquiátrico SUS e não-SUS no Brasil de 2005 a 2021



Fonte: CNES (2021)<sup>64</sup>

Além da quantidade de leitos, uma das variáveis de grande relevância para avaliação da situação da política de saúde mental é o quantitativo anual de internamentos. Se a quantidade de leitos indica a capacidade instalada, a quantidade de internamentos pode ser um sinalizador do modo como a rede de serviços de saúde está operando e sua repercussão na dinâmica dos internamentos. Em qualquer de suas modalidades, o internamento não depende somente dos critérios clínicos. Goffman (2010, p. 117) usou a definição de “contingências de carreira” para descrever o conjunto dos mecanismos de controle social do louco que socialmente autorizam e pacificam a hospitalização. Entre as contingências de carreira em relação ao louco o autor cita: o *status* social e econômico, a visibilidade da transgressão e a proximidade de um hospital psiquiátrico. São condições que, anteriores às características clínicas em função das quais “pode-se dizer que os doentes mentais internados sofrem, não de doença mental, mas de outras circunstâncias” (idem, p. 118). Desse modo, é possível deduzir que o internamento psiquiátrico está relacionado de alguma forma com a proximidade com um serviço de hospitalar que, por sua vez, está diretamente vinculado à capacidade instalada. Na medida em que a capacidade instalada em número de leitos sofre diminuição, por consequência, poderá haver diminuição na quantidade de

<sup>64</sup> CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação – Brasil. Quantidade Total, SUS e não-SUS por Região e Ano/mês compet. Leitos outras especialidades: Psiquiatria. Período: Dez/1996-Jun/2021 - <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>

internamentos. Essa é uma hipótese plausível e foi apresentada pelos críticos da RPB para justificar uma suposta desassistência. Contudo, uma série de estudos recentes apontam para o fato de que com a evolução da reorientação do modelo assistencial em saúde mental gradativamente tem ocorrido menor demanda por internamento. Essa segunda hipótese tem sido testada e vem mostrando correlação entre aumento dos serviços comunitários (CAPS e ESF) e diminuição de internamentos.

Pereira *et al.* (2012) fizeram uma análise epidemiológica das internações psiquiátricas pelo SUS no Rio de Janeiro no intervalo de 1999 a 2010. Os autores constataram uma redução de aproximadamente 70% dos internamentos em hospitais psiquiátricos no período com crescimento acentuado a partir de 2001, coincidente com o ano de aprovação da Lei 10.216. Os autores verificaram ainda um ligeiro crescimento de internamentos psiquiátricos nos hospitais gerais do contexto pesquisado.

Num estudo observacional, descritivo, de séries temporais, Lara e Volpi (2019) estudaram o perfil das internações psiquiátricas em Minas Gerais no período de 2001 a 2013. As autoras constatarem que “o número total de internações apresentou significativa redução no período, seguindo uma tendência cúbica em que as reduções mais aceleradas se deram nos primeiros e nos últimos três anos de observação” (*idem*, p. 662). Verificou-se também a diminuição do tempo de internamento. As autoras apresentam a hipótese de que a rede de serviços extra-hospitalares pode ter sido capaz de dar suporte para o tratamento não hospitalar dos quadros de psicose.

Souza (2016) avaliou o impacto de um serviço de pronto atendimento na taxa de internações psiquiátricas na Paraíba com destaque para a região metropolitana de João Pessoa. Verificou-se também a diminuição do tempo de internamento no período de 2000 a 2012. Usando o estimador ‘diferenças-em-diferenças’ para captar o impacto desse serviço de pronto atendimento os resultados permitiram constatar a efetividade desse tipo de serviço (comunitário, pré-hospitalar). Verificou-se redução de 24,3% na média das internações psiquiátricas nos municípios tratados na amostra.

Miliauskas *et al.* (2019) estudaram a associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica do entorno metropolitano dos municípios do RJ e SP, entre 2008 e 2015. As autoras testaram a hipótese de que existe associação entre a oferta de CAPS e Atenção Básica e taxas de internação nestes territórios estudados. A partir do cálculo de tendências temporais dos indicadores escolhidos, o estudo permitiu verificar associação inversa e estatisticamente significativa entre aumento da cobertura de CAPS e Atenção Básica e taxas de internação psiquiátrica. Desse modo, “os

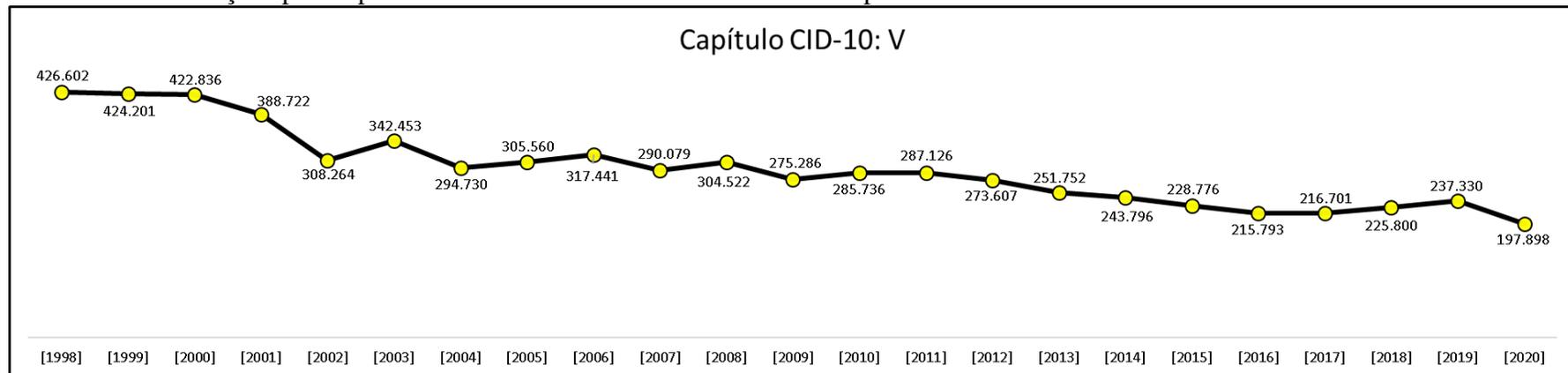
resultados apontaram um aumento das coberturas da AB e CAPS e redução do número de leitos, tendências coerentes com o processo de implementação de serviços segundo a lógica da reforma sanitária e psiquiátrica [...]” (idem, p. 1.940).

Machado *et al.* (2018) realizaram uma regressão binomial negativa multivariável com efeito fixo para dados em painel relativos aos 5.507 municípios brasileiros com intuito de avaliar o impacto dos novos serviços de saúde mental, notadamente os CAPS, em indicadores como taxa de internamento por transtornos mentais, por uso de álcool e outras drogas, por tentativa de suicídio, considerando também o impacto dos serviços na taxa de suicídio. Os resultados dessa ‘avaliação de impacto’ permitem demonstrar que a cobertura de CAPS em um município está associada a menores taxas de suicídio, embora com pouca significância estatística. Verificou-se que menores taxas de hospitalização -por tentativa de suicídio, por transtorno mental e por uso de álcool e outras drogas- estão associadas ao aumento da cobertura de CAPS. As autoras consideram que o acesso a serviços comunitários de saúde mental reduziu as hospitalizações potencialmente evitáveis. Consideram também que mais investimentos em serviços comunitários em saúde mental pode ser um mecanismo para os países de baixa renda diminuírem custos com hospitalizações evitáveis.

Rocha *et al.* (2021) realizaram uma caracterização dos internamentos no Brasil entre 2000 e 2014 no qual verificaram a influência da reorientação do modelo nas taxas de internamento. Os autores constatam que “a taxa geral de pacientes internados apresentou tendência de queda ao longo do período, passando de 188,5 no primeiro ano para 94,4 por 100 mil habitantes no último ano, configurando uma redução de 49,9%” (idem, p. 4). O estudo constatou que a ampliação do número de CAPS foi um fator influente na redução do número de internamento em hospital psiquiátrico. A partir do modelo matemático adotado “verificou-se que o aumento de 1.000 unidades de CAPS acarretaria redução de 49 pacientes internados por 100 mil habitantes/ano” (idem, p. 6). Esse conjunto de evidências reforça a hipótese de que os leitos em hospital psiquiátrico podem entrar em processo de desuso por se tornarem obsoletos. Isso se deve à ampliação do número e diversificação do tipo de serviços comunitários de saúde mental.

A série histórica abaixo apresenta a redução do número de internamento no Brasil que ocorreu em movimento simultâneo com a ampliação dos serviços comunitários. Até o ano 2000 a taxa anual de internamentos era superior a 420.000 com uma pequena diminuição sequenciada ano a ano. A partir de 2001 a diminuição dos internamentos passou a ocorrer de modo mais acentuado. Entre janeiro e dezembro de 2020, último ano com dados estabilizados dessa variável nesse estudo, foram contabilizados 197.898 internamentos. Essa redução equivale a 53,61% dos internamentos ocorridos em 1998<sup>65</sup>.

**Gráfico 7 - Internações por Capítulo CID-10 V – Transtorno Mental e Comportamental de 1998 a 2021 no Brasil**



**Fonte:** CNES (2021)<sup>66</sup>

<sup>65</sup> Modo de extração do dado: Internações por Capítulo CID-10 e Ano processamento. Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais. Período:1998-2007/2008-2020.

<sup>66</sup> CNES - Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – Brasil. Internações por Capítulo CID-10 e Ano processamento. Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais. Período:1998-2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def> / De 2008 a 2020: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acessado em: 15/10/2021.

Com as transformações, decorrentes da reorientação do modelo assistencial em saúde mental, iniciou-se um processo de mudança do perfil (tipo e função) dos leitos disponíveis, por isso tem ocorrido implantação de leitos em diferentes serviços de saúde, inclusive em espaços não hospitalares. Evidentemente a análise da oferta da atenção hospitalar na política de saúde mental não pode ficar restrita aos leitos disponíveis nos hospitais especializados. Em geral, críticos da RPB não consideram a diversidade dessa oferta por não reconhecerem os demais serviços como recursos adequados para suporte aos quadros de crise ou aos casos crônicos. Trata-se de um reducionismo clínico. Atualmente há quatro modalidades de leitos disponíveis:

- 1) O leito *Psiquiátrico* (código 47) - leito tradicional que historicamente caracterizou os hospitais psiquiátricos. Contudo, embora esteja majoritariamente habilitado em hospitais especializados, agora esse leito está instalado em dez diferentes tipos de serviços.
- 2) O leito *clínico em Saúde Mental* (código 87) – definido pela Portaria GM nº 148/2012, corresponde ao ‘Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas’. Trata-se de um dos pontos de atenção do componente Atenção Hospitalar da RAPS segundo a Portaria GM nº 3.880/2011. São serviços que devem estar necessariamente vinculados a um hospital geral e integrado com demais pontos de atenção da RAPS. Esse leito é destinado a internações de breve duração exatamente para que a continuidade do tratamento ocorra em outros pontos de atenção da rede de cuidados.
- 3) O leito em *Hospital Dia* (código 73) – é também um antigo dispositivo da rede de saúde mental, uma das primeiras tentativas de permitir o cuidado em sistema aberto. Esses serviços tiveram sua função diminuída em virtude da potencialização do CAPS, mas permaneceram numa espécie de limbo sem receberem visibilidade e sem terem sido desautorizados pela normatização da RAPS.
- 4) O leito de *Acolhimento Noturno* (código 84) – A hospitalidade noturna é uma oferta exclusiva dos CAPS tipo III tanto para transtorno mental quanto para usuários de substâncias psicoativas. São leitos de retaguarda assistencial e referência de cuidado e proteção para usuários em ocasiões de crise de maior gravidade. A permanência no leito deve ser de até 14 dias corridos.

Com a diversificação da disponibilidade dos leitos, tanto no propósito do internamento quanto no local de funcionamento, a RAPS tem a possibilidade de oferecer respostas diferentes para diferentes demandas clínicas e sociais.

Essa realidade pode ser potencializada caso haja expressiva requalificação (mudança de perfil) dos CAPS tipo II para o tipo III. Há aproximadamente 220 CAPS III incluindo os serviços para usuários de álcool e outras drogas. De acordo com a Portaria GM nº 336/2002, o serviço tipo III é o único autorizado para disponibilizar leitos, mas a quantidade desses serviços é inferior a 10% do número geral de CAPS atualmente habilitados. Convém afirmar que, de acordo com Rotelli (2014, p. 39), na Itália, especialmente em Trieste, referência adotada pelo Brasil, os serviços de saúde mental “estão abertos 24 horas e sete dias da semana, e estão, por tanto, em condições de acolher as pessoas e cada momento do dia e da noite”.

Em síntese, o CNES registra a existência de **39.180** leitos disponíveis para a saúde mental, dos quais **22.836** são leitos exclusivamente SUS. Desses leitos públicos **17.880** são leitos psiquiátricos [código 47], dos quais **13.425** estão em hospitais especializados em psiquiatria.

A somatória dos leitos, conforme apresentada nas duas tabelas abaixo, não contempla as Unidades de Acolhimento e os Serviços Residências Terapêuticas cuja oferta do cuidado não se caracteriza como “leito”.

A tabela 2 acima apresentou exclusivamente os leitos psiquiátricos. A tabela abaixo detalha todos os leitos da PNSMAD registrados em junho de 2021.

**Tabela 3 - Distribuição dos leitos da PNSMAD por tipo de estabelecimento no Brasil**

CADASTRO DE LEITOS NO CNES				
Tipo de Estabelecimento	Descrição e código			
	Psiquiatria (47)	Clínico S.M (87)	Hosp. Dia (73)	Acolhi. Notu <sup>67</sup> (84)
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	1.969	424	345	0
Hospital Especializado	22.925	459	1.895	0
Hospital Geral	5.237	2.505	162	0
Hospital Dia	246	7	475	0
Pronto Atendimento	6	0	0	0
Pronto Socorro Especializado	18	0	0	0
Pronto Socorro Geral	30	0	0	0
Unidade de Atenção em Regime Residencial	28	0	0	0
Unidade Mista	35	13	0	0

<sup>67</sup> Pelo fato do dado ter sido extraído no meio do ano, é possível que sofra alguma alteração nos meses consecutivos. Esses dados foram extraídos em 05 de junho de 2021.

Centro de Atenção Psicossocial-CAPS	152	69	112	2.058
Polo Prev. de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde	0	0	10	0
<b>Total por código</b>	<b>30.646</b>	<b>3.477</b>	<b>2.999</b>	<b>2.058</b>
<b>Total Geral</b>	<b>39.180</b>			

Fonte: elaboração própria com base no CNES (2021)<sup>68</sup>

A tabela abaixo apresenta o detalhamento os “leitos de internamento” (recursos físicos do componente) disponíveis para a RAPS. O CNES habilitou 22.836 leitos SUS nas quatro modalidades. Estes leitos estão disponíveis em 1.456 estabelecimentos vinculados ao SUS em serviços próprios ou contratados. Em relação aos leitos de psiquiatria [código 47] das 1.042 instituições que disponibilizam esse serviço há 231 instituições que possuem apenas um leito credenciado nesse código. Além da rede SUS, há outros 16.344 leitos existentes, mas não estão disponíveis para o SUS.

**Tabela 4 - Distribuição dos leitos da PNSMAD por segmento e por natureza**

Tipo	Código	Descrição	Existentes	SUS	Não SUS	Estabelec. total	Estabelec. SUS
Outras Especialidades	47	Psiquiatria	30.646	17.880	12.766	1.042	802
Clínico	87	Saúde Mental	3.477	1.825	1.652	437	293
Hospital Dia	73	Saúde Mental	2.999	1.089	1.910	133	75
Outras Especialidades	84	Acolhimento Noturno	2.058	2.042	16	286	286
<b>Total</b>			<b>39.180</b>	<b>22.836</b>	<b>16.344</b>	<b>1.898</b>	<b>1.456</b>

Fonte: CNES (2021)<sup>69</sup>

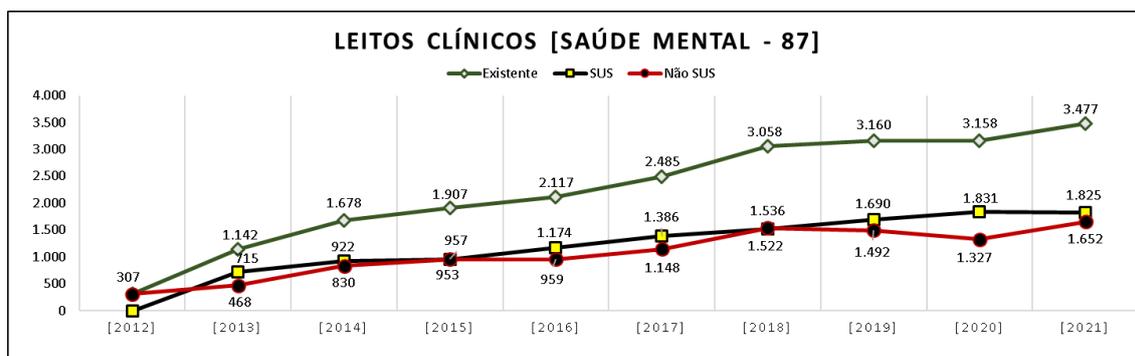
O gráfico abaixo apresenta a evolução dos leitos clínicos caracterizados como ‘Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas’ [código 87]. Esses leitos passaram a existir com tal designação somente a partir da Portaria GM nº 148/2012. Dos 3.477 leitos existentes nessa tipificação, apenas 1.825 são leitos SUS. De acordo com o sumário de indicadores de leitos do *Mental Health Atlas 2017* (OMS, 2018, 37) a média global de leitos psiquiátricos em hospital geral é de 2 leitos por 100.000 habitantes. Segundo esse cálculo, tendo como referência a estimativa populacional do IBGE para 2021 (n= 213.347.522 hab.), o Brasil tinha apenas 1 leito para cada grupo de 116.903 habitantes, ou 0,86 leito por 100.000 habitantes. Seriam

<sup>68</sup> CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação – Brasil. Quantidade existente por Tipo de Estabelecimento e Ano/mês compet. Tipo de Estabelecimento: (Vários) <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leintbr.def>

<sup>69</sup> CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação – Estados: todos os estados [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo\\_Leito.asp?VEstado=00](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=00)

necessários 4.267 leitos SUS nessa modalidade. Em relação à média mundial, o déficit brasileiro é de 2.442 leitos clínicos para saúde mental. O gráfico abaixo apresenta essa distribuição e revela que a trajetória de implantação desses leitos pelo setor privado não-SUS tem sido mais rápida que a implantação dos leitos SUS ao longo desse período.

**Gráfico 8 - Série histórica da oferta de leito clínico em saúde mental de 2012 a 2021**

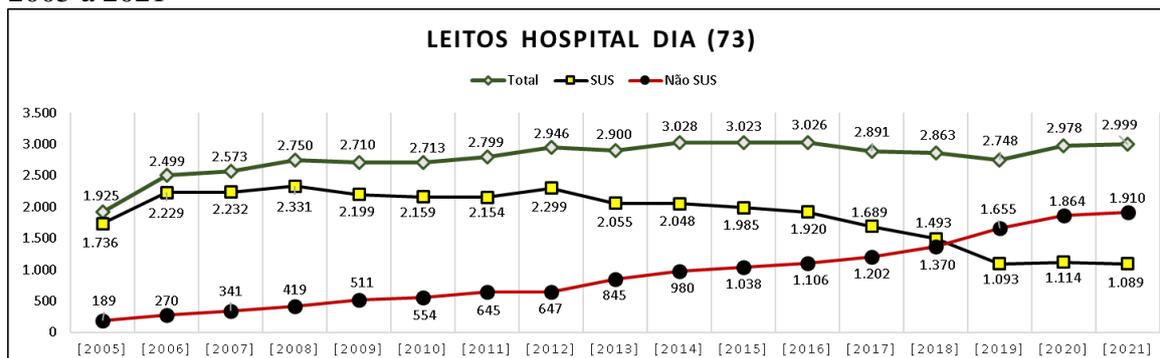


Fonte: CNES (2021)<sup>70</sup>

Em relação aos hospitais-dia, verifica-se também uma curva crescente na oferta. Os hospitais dia existem no Brasil desde a década de 1960, mas somente em 1992 o Ministério da Saúde passou a regulamentá-los por meio da Portaria SAS/MS nº 224/1992. Em geral, esses serviços podem ter várias designações: a) representam uma alternativa ao internamento em hospital psiquiátrico; b) podem oferecer a continuidade hospitalar para as internações anteriormente realizada em espaço fechado; c) podem oferecer uma retaguarda para o tratamento ambulatorial; 4) funcionam como dispositivo assistencial para quadros clínicos crônicos. De acordo com a definição da Portaria SAS/MS nº 224/1992, esse serviço “representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral”. Como visto no gráfico abaixo, entre 2005 e 2021, houve crescimento da oferta desses serviços; contudo, o crescimento foi ocasionado pela oferta de serviços não-SUS. Nesse período ocorreu uma redução de 37,27% do número de leitos dia oferecido pelo SUS, fator que foi motivado pela priorização da expansão dos CAPS.

<sup>70</sup> CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação – Brasil. Quantidade existente por Especialidade detalhada e Ano/mês compet. Especialidade detalhada: Saúde Mental. Período: Out/2005-Abr/2021. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leintbr.def>

**Gráfico 9** - Série histórica da oferta de leito em hospitais dia para a saúde mental de 2005 a 2021



Fonte: CNES (2021) <sup>71</sup>

Além da mudança na quantidade de leitos, historicamente a duração dos internamentos tornou-se um aspecto sobressaliente como uma variável reveladora da qualidade da assistência prestada. Em geral, os internamentos psiquiátricos eram de longa duração variando de meses a anos. O relatório da 1<sup>o</sup> CNSM de 1987 apresentou uma preocupação com o potencial de cronificação das internações psiquiátricas. O relatório afirma que, na ocasião, os hospitais psiquiátricos do INAMPS se caracterizavam como “[...] um modelo asilar e cronificador, com uma taxa média de permanência de 54,3 dias para a população previdenciária, enquanto o Conselho Nacional de Administração da Previdência Social preconiza um período de 36,5 dias” (BRASIL, 1988, p. 36). A Coordenação Nacional de Saúde Mental detectou que o tempo médio de hospitalização em 1992 passou a ser 69 dias, tendo chegado a 75 dias nos hospitais privados, prazo duas vezes e meia superior ao parametrizado pela própria Coordenação (BRASIL, 1992, p. 51). A diminuição da duração dos internamentos passou a ser uma meta importante para a RPB.

Como pode ser observado na tabela abaixo, o tempo médio de internamento psiquiátrico é o mais alto de todos os grupos clínicos tipificados pela Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Contudo, verifica-se uma significativa redução em dias de permanência no intervalo entre os anos 2000 e 2020. De acordo com os dados do CNES, a redução foi de 21,02 dias, o equivalente a 55,08% do tempo de permanência contado a partir do começo dessa série histórica. Em parte, essa queda no cômputo geral do tempo de permanência se deve à desospitalização dos internos de longa permanência que passaram a residir nos SRT's.

<sup>71</sup> CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação – Brasil. Quantidade existente por Especialidade detalhada e Ano/mês compet. Especialidade detalhada: Saúde Mental - Hospital Dia. Período: Out/2005-Abr/2021. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leintbr.def>

**Tabela 5 - Tempo de Permanência de acordo com a CID-10 entre 2000 e 2020 no Brasil**

Capítulo CID-10	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6,2	5,9	5,8	5,7	5,9	5,6	5,5	5,7	5,5	5,8	5,6	6	6,4	6,5	6,8	7,1	7	7,5	7,7	7,5	7,9
II. Neoplasias (tumores)	6,4	6,5	6,1	6	6	6	5,8	5,8	5,9	5,9	5,7	5,6	5,5	5,5	5,4	5,4	5,2	5,1	5	4,9	4,9
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	6,2	6,2	6,2	6,2	6,1	6	5,9	5,9	6	6	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	6	5,9	5,7	5,8	5,7	5,7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6,2	6,1	5,9	6	5,9	5,7	5,6	5,6	5,8	5,6	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,6	5,8	5,7	5,8	5,9	6,1
V. Transtornos mentais e comportamentais	47,2	49,7	60,6	51,4	56	51,8	46,8	50,1	45,4	48,3	45,4	43,5	42,6	42,2	39,7	37,5	35,1	31,8	28,2	25,6	26
VI. Doenças do sistema nervoso	11,7	12,3	15,1	15,1	14,8	14,1	13,6	14,2	14,6	14,5	14,3	14,2	14	13,6	13,5	13,3	13	12,7	12,2	11,7	13,1
VII. Doenças do olho e anexos	1,3	1,6	1,3	1,3	1,3	1,3	1	1	1,1	1	0,9	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2,1	2,2	2,3	2,1	2	1,9	1,9	1,9	2,2	2,2	2,2	2,3	2,2	2,4	2,5	2,5	2,7	2,7	2,9	3,1	3,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	6,2	6,4	6,4	6,5	6,5	6,4	6,5	6,6	6,6	6,6	6,7	6,7	6,7	6,6	6,6	6,5
X. Doenças do aparelho respiratório	4,9	4,9	5	5	5	5	5	5	5,1	5	5,1	5,1	5,3	5,4	5,5	5,6	5,8	5,7	5,7	5,8	6,1
XI. Doenças do aparelho digestivo	4,4	4,4	4,4	4,3	4,3	4,1	4	4	4,1	4,1	4	4	4,1	4,1	4,1	4,1	4	4	3,9	3,8	4,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5,2	5,4	5,8	6	5,8	5,6	5,5	5,4	4	4,4	4,7	4,9	5	5,1	5	5,2	5,2	5,1	5,1	5	5,4
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	5,9	5,9	5,9	5,7	5,9	5,8	5,7	5,8	5,9	5,9	5,8	5,8	5,8	5,7	5,5	5,4	5,4	5	4,7	4,6	5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3,8	4	4,1	3,9	3,9	3,8	3,7	3,7	3,9	3,9	3,9	4	4	4,1	4,2	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,5
XV. Gravidez parto e puerpério	2,1	2,2	2,3	2,4	2,3	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3	2,4	2,4	2,5	2,5	2,5	2,5	2,6	2,6	2,6	2,5
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	8,2	8,3	9,5	9,6	9,8	9,9	10,1	10,1	10,2	10,5	10,5	10,4	10,3	10,1	9,9	9,9	9,7	9,3	9,2	9	8,8
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	5	5,7	5,3	5,1	5,2	5,4	5,4	5,4	5	5,2	5,2	5,2	5,3	5,3	5,2	5,5	5,4	5,2	5,2	5	6,1
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4	4	4,1	4,1	4,4	4,5	4,3	4,2	3,9	4,1	4,1	4,4	4,5	4,7	4,8	4,8	4,9	5	4,9	4,9	5
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	5	5	5,1	5,1	5,1	5	5	5,1	5,1	5,1	5,2	5,2	5,3	5,3	5,3	5,3	5,4	5,3	5,2	5,1	4,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	5	5	5,3	5,3	5,5	4,6	3,1	3,8	5,3	5,2	5,6	6,9	7,7	6,9	7,8	7,2	...	...	...	...	...
XXI. Contatos com serviços de saúde	7,2	5,2	3	2,1	2,1	2	1,9	2	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,7

Fonte: CNES (2021)<sup>72</sup>

### 7.1.2 - Breves reflexões sobre a redução de leitos psiquiátricos como diretriz da política de saúde mental no Brasil

No conto de Machado de Assis, o Dr. Simão Bacamarte reconheceu que havia algum equívoco em seu propósito de internar todas as pessoas que, com base em sua teoria sobre as faculdades mentais, estariam em desconformidade. Em sua doutrina “tudo era loucura. Os cultores de enigmas, os fabricantes de charadas, de anagramas, os maldizentes, os curiosos da vida alheia, os que põem todo o seu cuidado na tafularia, um ou outro almotacé enfunado, ninguém escapava aos emissários do alienista” (ASSIS, 2006, p 46). O *habitus* alienista do Dr. Bacamarte também guiava o ‘senso do jogo’, o ‘senso prático’, que conduzia ao internamento qualquer pessoa que não atendesse satisfatoriamente as suas convicções sobre a sanidade mental, exercendo o ‘poder de nomeação’ como parte significativa dos seus capitais acumulados. Em certo momento, quatro quintos da população de Itaguaí estava internada na Casa Verde. Eis que surge uma crise na convicção fundamental (*doxa*) do alienista; “esta deslocação de população levava-o a examinar os fundamentos da sua teoria das moléstias cerebrais, teoria que excluía da razão todos os casos em que o equilíbrio das faculdades não fosse

<sup>72</sup> CNES - Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – Brasil. Média Permanência por Capítulo CID-10 e Ano processamento. Período:2000-2020. Acessado em 10/10/2021. Disponível em:

(2000-2007) <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/miuf.def>

(2008-2013) <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>

(2014-2020) <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>

perfeito e absoluto [...]” (idem, ibidem). Diante disso o Dr. Bacamarte resolveu ativar o dispositivo ‘jurídico-político’ da cidade, informando que, a partir de então, iria iniciar um amplo processo de desospitalização. “O susto de Itaguaí foi grande; não foi menor a alegria dos parentes e amigos dos reclusos. Jantares, danças, luminárias, músicas, tudo houve para celebrar tão fausto acontecimento” (idem, p. 47). Por que a desospitalização dos loucos gerou assombro na população de Itaguaí? Note-se que assombro igual não se viu demonstrado por conta da “grande internação”, o assombro era por conta da ‘desinternação’. A desospitalização na Casa Verde gerou repercussão porque simultaneamente entraram em declínio o conjunto de *doxas*, os capitais acumulados pelo médico e pela Câmara de Vereadores, o manicômio como “solução prática” para o ‘problema’ da loucura. A crise instalada implicou na refeitura do paradigma veementemente defendido pelo alienista Dr. Bacamarte.

Como teorizado por Kuhn (1998), uma “revolução científica” decorre da decomposição dos fundamentos do paradigma e exige profundas modificações na edificação do ‘problema’ definido pela ‘ciência normal’. Guardadas as devidas limitações de uma analogia, o que mostra o conto de Machado de Assis está relacionado tanto com a ideia sobre a modificação do ‘problema’ segundo Kuhn, bem como com a tese de Rotelli (2014, p. 33) quando considera que a “desinstitucionalização é um trabalho prático que desarticula a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema”. É precisamente aqui que consiste o exame trazido até então nesse capítulo: descrever e analisar como ocorreu a desmontagem da ‘solução’ institucional que tornou o internamento a ‘resposta padrão’, um ‘senso prático’; em último caso, descrever o *habitus* psiquiátrico e os esquemas de percepção e de ação que tendem “[...] a garantir a conformidade das práticas e sua constância ao longo do tempo” (BOURDIEU, 2013, p. 90). Aliás, a análise da reorientação do modelo assistencial em saúde mental aqui realizada buscou considerar não somente o *habitus* enquanto força de conservação e resistência, mas o fenômeno da *histerese* que propicia as mudanças no campo e demanda o reposicionamento dos agentes, das *doxas* e do *habitus* seguindo a lógica de que “o trabalho da ciência consiste em desmontar o mecanismo para compreender por que isso funciona” (BOURDIEU, 2014, p. 262).

A reorientação do modelo assistencial em saúde mental vem ocorrendo num campo de disputas. É frequente o uso do significante “campo” da saúde mental para fazer alusão à arena de saberes e práticas relativas à subjetividade, ao universo psíquico. Contudo, o uso significante “campo da saúde mental” ainda carece de um

aprofundamento epistemológico. Em geral, o uso desse termo parte de consensos linguísticos pelos agentes práticos dessa ‘comunidade de linguagem’.

O presente trabalho não pretende dissecar a noção de “campo da saúde mental”, mas adota a hipótese de que a saúde mental corresponde a um campo, ainda que seja um campo em construção. De acordo com Catani (2017, p. 55), um campo é um ‘sistema’, um ‘espaço’ estruturado com agentes que ocupam diferentes posições. Por sua vez, esse espaço é uma arena de lutas em que há um jogo de forças, uma competição entre os agentes que ocupam as diferentes posições. Essas lutas têm por objetivo a obtenção do monopólio sobre o capital específico do campo. O capital é desigualmente distribuído entre os agentes e essa distribuição desigual determina a estrutura e as lutas no campo entre dominantes e dominados. Logo, há um permanente estado de relação de forças histórica entre os agentes e instituições que compõem o campo.

A RPB pretendeu produzir uma transformação profunda no campo da saúde mental que incidiria fundamentalmente na desmontagem do grande dispositivo de concentração e consolidação do poder da psiquiatria: o hospital psiquiátrico. Tal intento suscitou objeções das instituições representantes da psiquiatria e dos hospitais psiquiátricos que buscam conservar os capitais e sua posição historicamente dominante. A primeira batalha foi empreendida no âmbito do parlamento durante o processo de feitura da “lei da reforma”, desde 1989, na qual o propósito primordial era proibir “em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico” (BRASIL, 1989). Naquela ocasião os hospitais psiquiátricos estavam representados pela FBH e pela Associação de Familiares dos Doentes Mentais (AFDM). Somaram-se ainda a ABP e o CFM. No polo dos agentes e instituições favoráveis à reforma psiquiátrica esteve inicialmente o MNLA e posteriormente um conjunto de outras instituições tais como CEBES, RENILA, ABRASCO, ABRASME, CFP, entre outras. Ao longo das mais de três décadas, desde a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, os agentes e instituições mantiveram suas posições e conseqüentemente a disputa pelo monopólio do campo. Os movimentos de avanço e de retrocesso na política de saúde mental estão vinculados ao processo de acumulação e desacumulação de capitais dos agentes de maior destaque em cada um dos polos.

Como desfecho desse jogo de antagonistas houve uma expressiva redução dos leitos em hospital psiquiátrico, mas não a sua completa “proibição”. A rigor, a imagem-objetivo da política de saúde mental não determinou a extinção dos leitos psiquiátricos

em hospital especializado. Nem a Lei 10.216/2001 nem a Portaria GM nº 52/2004 formalizam o propósito de extinção dos hospitais psiquiátricos. A referida Portaria diz que “a redução dos leitos deve conduzir à diminuição progressiva dos hospitais de maior porte” (BRASIL, 2004), mas não designa a ruptura com a prestação de serviços dos hospitais psiquiátricos. A diretriz da política passou a ser a diminuição progressiva dos leitos, sem uma meta quantitativa para tal propósito.

Em que pese ter sido indicada no relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001, a extinção dos hospitais psiquiátricos não esteve no “projeto de governo” de nenhum dos/a Presidentes/a eleitos/a desde 2001. O projeto de governo, como pensado por Matus (1996, p. 60), diz respeito ao conteúdo propositivo que revela os interesses do ator que governa por meio do qual propõe respostas imaginativas e eficazes aos problemas selecionados.

Entretanto a diminuição de leitos, na condição de diretriz, foi implementada com efetividade condizente com o cenário internacional conforme observado pela OMS. O recente “*Guidance on community mental health services*” da OMS (WHO, 2021, p. 194) ressalta o Brasil pelas mudanças substanciais iniciadas nos anos 2000 na perspectiva da desinstitucionalização.

## **7.2 - A reorientação do modelo assistencial em saúde mental: a Rede de Atenção Psicossocial no Brasil**

É lugar comum na literatura que embasa a RPB que a desospitalização não esgota as demandas da reforma psiquiátrica, tendo em vista que ela é um processo social complexo que envolve um conjunto de outros aspectos epistemológicos, sociais, econômicos, clínicos, etc. É consenso também que a mudança do modelo não deve gerar lacunas assistenciais a ponto de produzir desassistência. Para Amarante (1996, p. 19), “a desinstitucionalização [...] não pode, em absoluto, representar o ‘desamparo’ dos doentes ou o simples envio para fora do hospital, sem ser implantada, antes, uma infraestrutura na comunidade para tratar e cuidar dos mesmos e suas famílias”. A desinstitucionalização “libera a necessidade da internação, construindo serviços completamente substitutivos [...] que têm a responsabilidade de responder à totalidade das necessidades de saúde mental de uma população determinada”. De acordo com Amarante (1996, p. 16), os modelos comunitários consistem

por um lado, em medidas saneadoras e racionalizadoras, tais como a diminuição de leitos e de tempos médios de permanência hospitalar, no

aumento do número de altas ou na criação de serviços intermediários. E, por outro lado, na implantação de uma rede de serviços e ações de cunho sanitário, preventivo/promocional e comunitário que intercederiam no surgimento o desenvolvimento das doenças.

Se inicialmente a reforma psiquiátrica exige a criação de novos serviços capazes de acolher a diversidade das demandas da saúde mental, não se pode considerar que a reforma esteja concluída somente com uma reformulação administrativa no circuito dos dispositivos assistenciais e estruturas burocráticas dos serviços. Entretanto, a reformulação desses cenários é uma condição *sine-qua-non*: além dela, não sem ela. O trabalho prático da desinstitucionalização não seria de desmontagem do manicômio, mas fundamentalmente a recomposição da complexidade do objeto e a invenção de uma nova instituição sensível a esse objeto redimensionado. Segundo Amarante (idem, p. 103), a escolha do significante ‘desinstitucionalização’ “para caracterizar o novo dispositivo implica assumir que a desinstitucionalização não é um processo que dispensa instituições, como poderia ser entendido pela leitura do termo ao pé da letra”. Desse modo, de acordo com Rotteli (1990, p. 5), a instituição inventada corresponde a um conjunto de novos serviços que

entram com toda força no território das engenharias sociais como motores de sociabilidade e produtores de sentido e estão em todas as dimensões interferindo com a vida cotidiana, as cotidianas opressões, momentos da reprodução social possível, produtores de riqueza, de trocas plurais e por isso terapêuticos.

Uma das condições desse amplo processo da mudança paradigmática era a necessidade de redirecionar “o modelo assistencial em saúde mental” no Brasil, como dito no caput da Lei 10.216, com propósito de constituir uma rede de serviços comunitários de amplo alcance e diversificação de ofertas. Os modelos de atenção em saúde decorrem das racionalidades e tecnologias que traduzem os modos como o cuidado é realizado. Para Paim (2008, p. 554), o “modelo de atenção à saúde pode ser definido como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde, individuais e coletivas”. É uma espécie de lógica dos meios de trabalho (conhecimentos e instrumentos) que orientam e organizam as práticas de cuidado. Para esse autor (idem, p. 553), o conceito está relacionado com quatro aspectos: a) diz respeito à forma de organização das unidades de prestação de serviços de saúde (estabelecimentos, redes, sistemas); b) é a forma de organização do processo de prestação dos serviços (demanda espontânea, oferta organizada/programática, vigilância da saúde, etc.); c) traduz a forma de organização

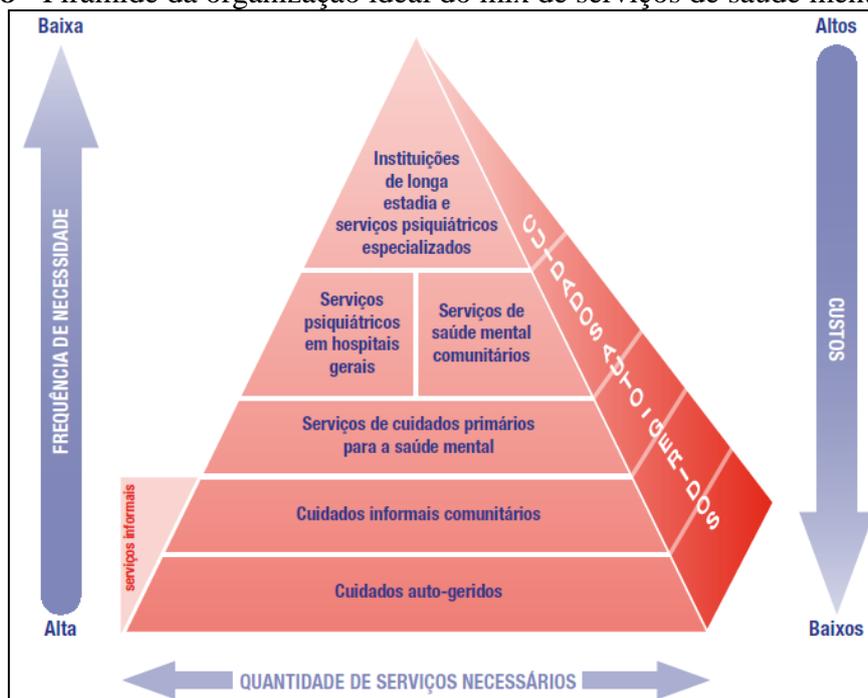
das práticas de saúde (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, tratamento e reabilitação); 4) é a conformação de um modelo técnico-assistencial em defesa da vida (gestão democrática, saúde como cidadania, políticas em defesa da vida).

Desde as primeiras iniciativas para reorientação do modelo assistencial em âmbito continental, a OPAS (1990) tem considerado “que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada à Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais”. Mais recentemente, a OPAS (2020, p. 1) reiterou que os estados-membro devem desenvolver “um modelo comunitário com novos serviços e alternativas que ofereçam uma atenção integral y continuada que permita substituir os hospitais psiquiátricos, progressiva y apropriadamente”. Essa instituição considera que a desinstitucionalização é um elemento chave do processo de reestruturação da assistência em saúde mental.

A OMS (2008) desenvolveu um modelo com uma combinação ideal de serviços de saúde mental. Essa proposta é representada numa figura piramidal a qual preconiza a integração dos serviços de saúde mental com os cuidados gerais de saúde. Entende-se que cuidados primários em saúde mental integrados correspondem a um elemento capital deste modelo. A proposta se estrutura com a articulação dos demais níveis de atenção que incluem os serviços comunitários e também os serviços hospitalares. Nesse desenho destaca-se o fato de que não há previsão de hospitais psiquiátricos<sup>73</sup>.

---

<sup>73</sup> De acordo com o a OMS (2009, p. 20), os serviços de longa permanência (*long-stay facilities*) e os demais serviços especializados “não devem ser equiparadas aos hospitais psiquiátricos que dominaram os cuidados de saúde mental durante a maior parte do século XX. Os hospitais psiquiátricos têm um histórico de graves violações dos direitos humanos, resultados clínicos ruins e programas de reabilitação inadequados”.

**Figura 8** - Pirâmide da organização ideal do mix de serviços de saúde mental - OMS

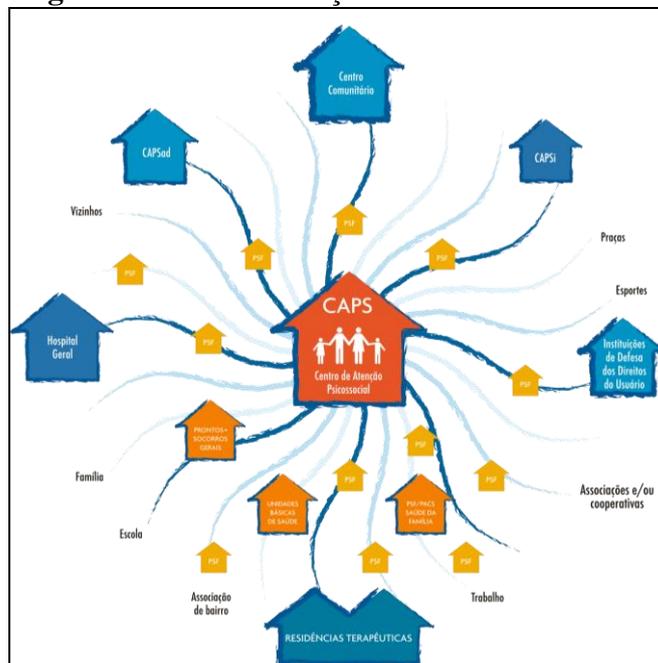
Fonte: OMS (2009, p. 18)

As noções de ‘rede’ e de ‘território’ já estavam presentes nos documentos da política nacional de saúde mental desde os primeiros escritos na década de 1980. A alínea IX do artigo 2º da Lei 10.216 sugere que o tratamento deve se dar “preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”. Na sequência, o § 2 do artigo 1º da Portaria GM nº 336/2002 determina que “os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”. A noção de serviços comunitários vai se entrelaçando com a noção ‘rede’ e ‘território’.

De acordo com Brasil (2004, p. 11), a compreensão que se tem de ‘rede’ considera “todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer” que podem auxiliar no processo de inserção social. Por sua vez, o território significa não somente o espaçamento geográfico, embora também o caracterize; o significado desse conceito pressupõe o conjunto das “pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco)”. Desse modo, é no encontro entre as noções de rede e de território que deve ser organizada a “rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados” (idem, idem). Naquele momento o Ministério da Saúde propôs uma ilustração representativa de uma rede ideal,

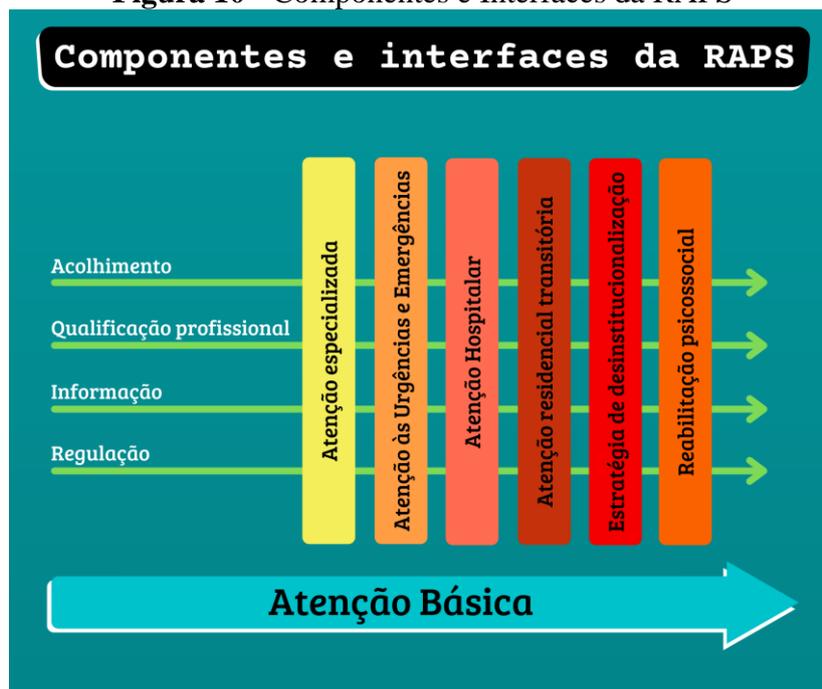
caracterizada por uma figura complexa, multicêntrica, com várias conexões entre os diferentes serviços nela contidos.

**Figura 9 - Rede de atenção à saúde mental - SUS**



**Fonte:** Brasil (2004, p. 11)

Com a Portaria GM nº 4.279/2010 o Ministério da Saúde instituiu as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Teixeira & Silveira (2017, p. 179) entendem que elas correspondem a um conjunto “de serviços e trabalhadores de saúde que operam suas funções conjuntamente, de forma integrada, compartilhada, em estreita colaboração e cooperação [...] a fim de favorecer a otimização do processo de trabalho e a integralidade do cuidado”. Entre as RAS’s, o Ministério da Saúde definiu as Redes prioritárias e nelas incluiu a RAPS. Por sua vez, a RAPS ganhou essa definição normativa com a Portaria GM nº 3.088/2011 que, além de instituir, define que a sua finalidade passa a ser “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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)”. A RAPS se organiza em torno de sete componentes que agregam dezoito diferentes pontos de atenção quando inseridas as alterações determinadas pela Portaria GM nº 3.588/2017 que reintroduziu as equipes especializadas em saúde mental e os hospitais psiquiátricos.

**Figura 10 - Componentes e Interfaces da RAPS**

Fonte: Portaria 3.088/2011

Os CAPS, como principais serviços do componente “atenção psicossocial especializada”, passaram a assumir uma função estratégica na articulação e tessitura da Rede; porém, não deve ser o único responsável pelo cuidado. Todos os demais pontos de atenção devem compartilhar a responsabilidade pelo cuidado. Além do mais, mesmo em municípios em que não existe um CAPS, as ações de saúde mental podem ser realizadas pelos demais pontos de atenção previstos na RAPS, tais como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o NASF, entre outros. A RAPS contempla desde a Atenção Primária à Rede de Urgências e Emergências (RUE). As ações de promoção e prevenção assim como os quadros clínicos leves podem ser acompanhados pela atenção primária; as urgências e emergências devem ter uma linha de cuidado estabelecida com assistência realizada pelos pontos de atenção da RUE: SAMU, UPA’s.

Tendo em vista que no tópico anterior foi feita a análise em profundidade do componente “atenção hospitalar”, na sequência será feita uma análise dos demais componentes da RAPS: “atenção psicossocial especializada”, “atenção básica”, “estratégia de desinstitucionalização” e a “atenção residencial de caráter transitório” considerando os dados do cenário nacionais.

Os dados foram coletados em junho de 2021 a partir do CNES, do e-SUS Atenção Básica e dos relatórios de gestão da CGSMAD. Alguns dados correspondem à realidade de dezembro de 2020 por já estarem estabilizados no CNES quando da

ocasião da coleta. Foram produzidas algumas séries históricas com períodos variáveis de acordo com a disponibilidade do dado nos sistemas de informação citados. No intervalo estudado ocorreram algumas mudanças nos sistemas de informação do Ministério da Saúde: algumas informações sofreram descontinuidade, houve mudança nos códigos de alguns registros, alguns novos serviços foram surgindo ao longo do processo. De todo modo, o conjunto dessas informações permite configurar a evolução da política no que diz respeito à capacidade instalada e extensão da RAPS.

### **7.2.1 - Atenção Psicossocial Especializada**

O CAPS é uma invenção nascida de um desejo democrático de transformação do cuidado tanto na sua dimensão técnica quanto na dimensão ética. É um dispositivo ‘*meso*’, um serviço “intermediário”, como disse Amarante (1996, p. 16). Esse serviço tem um duplo compromisso ético-clínico-político: por um lado, é o lugar de passagem reversa entre o hospital e a comunidade, ou seja, é a chave que gira no sentido de fortalecer o fluxo da saída do hospital psiquiátrico; por outro lado, é o lugar de acolhimento e cuidado que suporta o sujeito e evita o internamento como destino do sofrimento psíquico. Para Brasil (2004, p. 9)

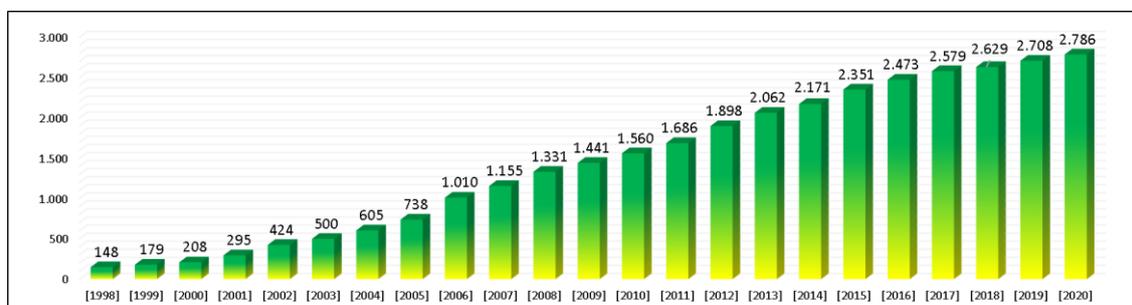
os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

Desde o preconizado na Portaria GM nº 336/2002, havia cinco tipos de CAPS, cada um dos quais destinado para uma finalidade específica ou para uma densidade populacional específica. A Portaria GM nº 3.588/2017 introduziu o CAPS AD tipo IV exclusivo para populações superiores a 500.000 habitantes. Com isso, agora são seis diferentes tipos de CAPS. O Ministério da Saúde adotou o parâmetro de 1 CAPS para cada grupo de 100.000 (BRASIL, 2007, p. 14); entretanto, esse parâmetro não leva em consideração a tipificação do CAPS.

A implantação desses serviços já acontecia antes da Lei 10.216, mas foi impulsionada a partir da promulgação dessa Lei. Em 30 de dezembro de 2020 havia 2.786 serviços habilitados no CNES, conforme demonstrado no gráfico abaixo.

Ressalta-se que até 2020 existiam mais 3 CAPS AD tipo IV que não consta nesse demonstrativo abaixo uma vez que eles não são cadastrados no CNES conforme os demais serviços.

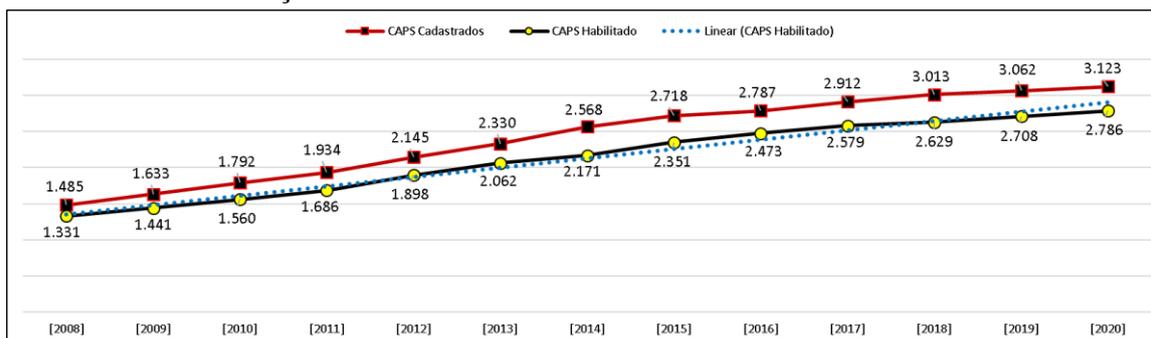
**Gráfico 10 - Série histórica da habilitação de CAPS no Brasil**



**Fonte:** BRASIL (2016, p. 45) – até 2007  
CNES (2021)<sup>74</sup> – a partir de 2008

Além dos serviços devidamente implantados, o CNES também registra os serviços que estão credenciados, mas ainda não foram devidamente habilitados. Há um hiato entre esses dois status de registro. O número de serviços credenciados é superior ao número de serviços habilitados. Em dezembro de 2020 havia cadastro de 3.123 serviços CAPS, exatos 337 a mais que o número de serviços habilitados. Não há nenhuma justificativa documental para tal discrepância. Esse fenômeno tem sido repetido ao longo dos anos. No gráfico abaixo vêem-se dois seguimentos de linha contínua que apresentam a evolução dessa situação entre os anos de 2008 e 2020. A linha pontilhada representa o cálculo de estimativa ‘linear’ entre o início e o final dessa série.

<sup>74</sup> CNES - Estabelecimentos por Habilitação- Brasil. Quantidade Estabelecimentos Habilitados por Tipo de Estabelecimento e Ano/mês competência. Tipo de Estabelecimento: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS. Período: dez/2008-dez/2020. Acessado em 22/09/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/habbr.def>

**Gráfico 11 - Diferença entre nº de CAPS credenciado X nº CAPS habilitado no Brasil**

Fonte: CNES (2021)<sup>75</sup>

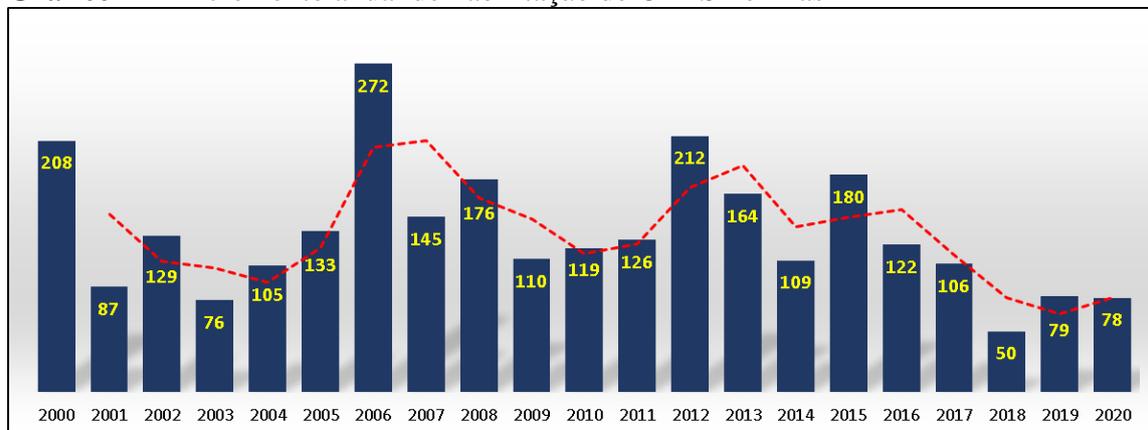
### *Indicador de incremento de CAPS no Brasil*

Um aspecto relevante para a compreensão da dinâmica da implantação dos serviços é o que indica a quantidade de serviços anualmente incrementados. O gráfico 10 acima apresentou o crescimento absoluto do número de serviços, o gráfico abaixo apresenta a expansão relativa ao ano. A implantação de um CAPS depende de uma burocracia que envolve os três entes. Em geral, o município apresenta a solicitação de implantação do serviço, cuja efetivação depende de fatores burocráticos, orçamentários e políticos da gestão estadual e nacional. O incremento de CAPS é um indicador que revela a força e da prioridade que esse tipo de serviço teve ao longo do processo, pode ser um demonstrador do interesse e da capacidade de ação nos diferentes ciclos de gestão; em último caso, demonstra a velocidade da expansão da Rede. Verifica-se que, no ano de 2006, aconteceu o maior incremento de CAPS; verifica-se também que a partir do ano de 2017, primeiro ano do governo Temer, vem ocorrendo declínio na implantação de novos serviços. O número de novos CAPS de 2020 foi equivalente a 28% do ocorrido em 2006. Desde 2015, como dito anteriormente, a CGSMAD tem sido ocupada por forças políticas contrárias à RPB, o que pode ser um dos fatores da desaceleração do processo (CRUZ, GONÇALVES & DELGADO, 2020). Além disso, a inexistência de reajuste no valor de custeio dos CAPS desestimula os gestores municipais que acabam arcando com a maior parte dos custos de manutenção desses serviços. O último reajuste na tabela de custeio para os CAPS ocorreu em 2011; portanto, uma defasagem de uma década, período em que o Índice de Preço ao

<sup>75</sup> CNES - Estabelecimentos por Habilitação- Brasil. Quantidade Estabelecimentos Habilitados por Tipo de Estabelecimento e Ano/mês competência. Tipo de Estabelecimento: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS. Período: dez/2008-dez/2020. Acessado em 22/09/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>

Consumidor Amplo (IPCA) do IBGE registra inflação acumulada da ordem de 67,89%<sup>76</sup>.

**Gráfico 12** - Incremento anual de habilitação de CAPS no Brasil



Fonte: elaboração própria com base no CNES (2021)

### *Tipificação dos CAPS no Brasil*

O detalhamento do tipo dos CAPS demonstra a caracterização da oferta, inclusive as lacunas. O gráfico 13 abaixo foi construído com dados do *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216* (WEBER, 2021, p. 30). O CNES não apresenta precisão em relação ao detalhamento da tipificação dos serviços em âmbito nacional; faltam informações precisas sobre os CAPS AD III e IV. A opção aqui adotada de seguir as informações do *Painel* se deu porque nesse documento os dados foram construídos a partir das portarias de credenciamento dos serviços, o que permite maior grau de evidência<sup>77</sup>.

Metade dos CAPS do Brasil está em municípios que possuem de 15.000 a 70.000 habitantes. São densidades populacionais que só justificariam o CAPS tipo I. Se por um lado isso mostra a dinâmica da interiorização e a cobertura dos pequenos municípios, por outro lado sinaliza que a rede cresceu mais intensamente no tipo de serviço de menor estrutura e menor orçamento.

Apenas 4% dos CAPS são tipo III e outros 4% são tipo AD III. Esse dado revela a dificuldade de implantação dos serviços mais robustos da RAPS. Somente os CAPS III (e recentemente o tipo IV) têm funcionamento ininterrupto, com atividades todos os

<sup>76</sup> De dezembro de 2011 a dezembro de 2021. Ver em: IPCA –Séries Históricas. Acessado em 28/12/2021. Disponível em: [https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9256-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplo.html?t=series-historicas&utm\\_source=landing&utm\\_medium=explica&utm\\_campaign=inflacao#plano-real-ano](https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9256-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplo.html?t=series-historicas&utm_source=landing&utm_medium=explica&utm_campaign=inflacao#plano-real-ano)

<sup>77</sup> Há somente uma divergência entre a quantidade de CAPS informada pelo *Painel* e a quantidade de informada na data de extração dos dados no CNES. O *Painel* informa a existência de **2.785** enquanto o CNES informa **2.786**, ou seja, segundo o CNES há um CAPS a mais.

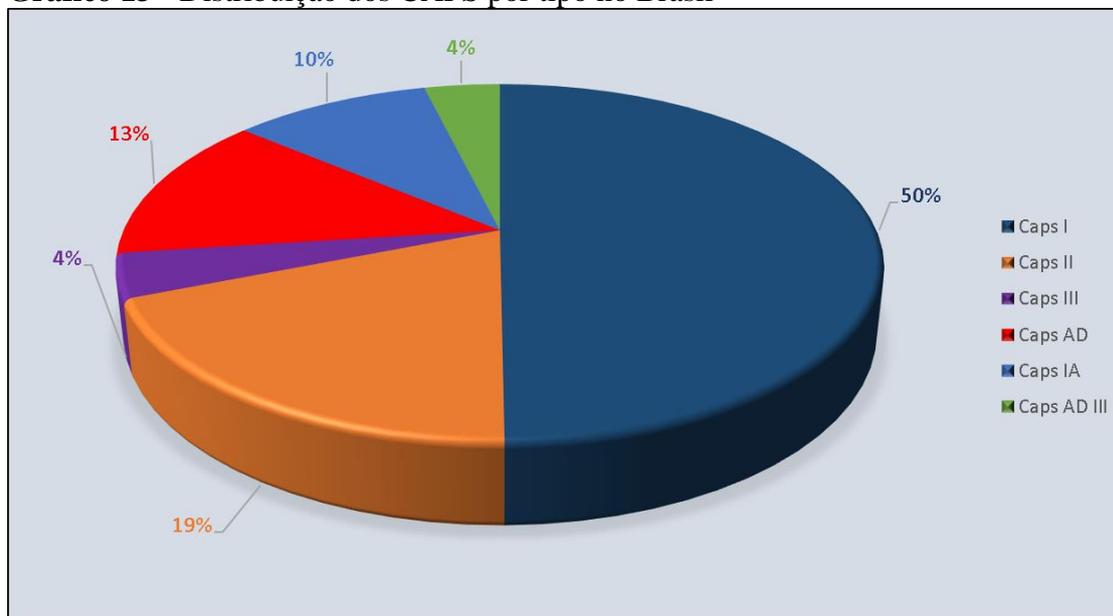
dias, durante 24 horas. São estruturas mais complexas não somente do ponto de vista arquitetônico, mas, sobretudo, no que diz respeito à tessitura da rede de relações e agenciamentos com o território.

Segundo os dados do *Painel*, em dezembro de 2020 os serviços estavam distribuídos nas seguintes quantidades:

▪ <b>CAPS I</b>	= 1.388
▪ <b>CAPS II</b>	= 532
▪ <b>CAPS III</b>	= 112
▪ <b>CAPS AD</b>	= 369
▪ <b>CAPS IA</b>	= 278
▪ <b>CAPS AD III</b>	= 106
<b>Total</b>	<b>= 2.785</b>

O gráfico abaixo apresenta a distribuição dos CAPS por tipo e proporção. Destaca-se a baixa quantidade de CAPS III e CAPS AD III. Esse gráfico não contemplou os três serviços credenciados como CAPS AD tipo IV por conta da característica especial do seu credenciamento no Ministério da Saúde. Foram considerados os CAPS distribuídos conforme os dados do *Painel Saúde Mental*.

**Gráfico 13** - Distribuição dos CAPS por tipo no Brasil



**Fonte:** Elaboração própria com base em WEBER (2021, p. 26)

#### *Indicador de Cobertura dos CAPS no Brasil*

O Ministério da Saúde definiu uma fórmula para calcular o indicador de cobertura dos CAPS, que aqui será chamado de ‘cálculo ponderado’. Esse indicador

“permite monitorar a ampliação do acesso e a qualificação/diversificação do tratamento da população com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas” nos CAPS (BRASIL, 2014, p. 75).

$$\frac{(\text{N}^\circ \text{ CAPS I X } 0,5) + (\text{N}^\circ \text{ CAPS II}) + (\text{N}^\circ \text{ CAPS III X } 1,5) + (\text{N}^\circ \text{ CAPS i}) + (\text{N}^\circ \text{ CAPS AD}) + (\text{N}^\circ \text{ CAPS AD III X } 1,5)}{\text{População residente no mesmo local e período}} \times 100.000$$

Aplicando essa fórmula, considerando a população estimada pelo IBGE para dezembro de 2020<sup>78</sup>, constata-se que há **1,04** CAPS por 100.000 habitantes, uma cobertura considerada muito boa. O Ministério da Saúde considera os seguintes indicadores para avaliar o grau de cobertura:

- Cobertura muito boa                   => acima de 0,70/100.000 hab.;
- Cobertura regular a boa               => entre 0,50 e 0,69/100.000 hab.;
- Cobertura regular/baixa               => entre 0,35 e 0,49/100.000 hab.;
- Cobertura baixa                         => entre 0,20 e 0,34/100.000 hab.;
- Cobertura insuficiente/crítica => abaixo de 0,20/100.000 hab.

Reiterando que, se o indicador aponta para um cenário de ‘cobertura muito boa’, quando se consideram as tipificações específicas, verifica-se que há déficits. Ao se usar a mesma fórmula para calcular os tipos específicos de serviços, constata-se que o indicador de cobertura de CAPS/100.000 habitantes tem as seguintes distribuições: CAPS Ad = 0,17; CAPS AD III = 0,07; CAPS III = 0,08 e CAPS IA = 0,13. O Ministério da Saúde não adota um parâmetro para avaliação dessas especificidades.

Dos 5.570 municípios brasileiros há 2.319 com população superior a 15.000 habitantes, limite mínimo para implantação de CAPS. Em dezembro de 2020 havia CAPS habilitado em 1.800 municípios. Portanto, há 519 municípios que, mesmo possuindo a quantidade mínima de habitantes para implantação do CAPS, não contam com esse serviço.

O indicador de cobertura aqui utilizado aponta para a *cobertura potencial* que, segundo Vieira-da-Silva (2014, p. 52), diz respeito à mensuração dos “recursos materiais ou humanos disponíveis para a realização de uma determinada ação. Nesse caso, ela é superponível ao conceito de *oferta* de serviços”; portanto, a consideração de

<sup>78</sup> De acordo com o IBGE, em dezembro de 2020 a população brasileira era de **211.755.692** de habitantes. Informação acessada em 25/05/2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28668-ibge-divulga-estimativa-da-populacao-dos-municipios-para-2020>

que há **1,04** CAPS/100.000 habitantes não indica qual a *cobertura real* que, segundo a mesma autora (idem, ibidem), “corresponde à proporção da população que efetivamente se beneficiou de determinada intervenção, que de fato *usou* os serviços”.

Com a implantação do Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), a partir de 2012 cada usuário passou a ter um cadastro onde são inseridas as informações das várias atividades realizadas no serviço ao longo de um dia e de um mês. Para o planejamento das ações em saúde mental é importante saber qual é a capacidade de oferta disponível em cada um dos serviços da RAPS. Mesmo que os relatórios da CGSMAD não apresentem a capacidade de ‘acolhimento’ dos CAPS, é possível fazer uma estimativa a partir do que está previsto nas Portarias GM nº 336/2002 e GM nº 130/2012. Nessas normativas há indicativos da capacidade de acolhimento diário para cada um dos tipos de CAPS por turno e por dia de atividade. Essa é uma informação importante para possível refutação da hipótese de que a RPB gerou desassistência. Seguindo as orientações das portarias acima citadas, pode-se estimar a capacidade de acolhimento de acordo com a tabela abaixo.

**Tabela 6** - Estimativa da capacidade instalada dos CAPS no Brasil

Tipo	Parâmetro PT 336/2002 e PT 130/2012	Nº serviço	Uso Turno	Uso Dia
CAPS I	20 usuários semi-intensivo por turno ou 30 intensivos por dia	1.388	55.520	41.640
CAPS II	30 usuários semi-intensivo por turno ou 45 intensivos por dia	532	31.920	23.940
CAPS III	40 usuários semi-intensivo por turno ou 60 intensivos por dia	112	8.960	6.720
CAPS IA	15 usuários semi-intensivo por turno ou 25 intensivos por dia	278	8.340	6.950
CAPS AD	25 usuários semi-intensivo por turno ou 45 intensivos por dia	369	18.450	16.605
CAPS AD III	40 usuários semi-intensivo por turno ou 60 intensivos por dia	106	8.480	6.360
<b>Total por dia</b>		<b>2.785</b>	<b>131.670</b>	<b>102.215</b>

**Fonte:** elaboração própria com base em Nº/tipo de CAPS do *Painel Saúde Mental* (WEBER, 2021)

Tendo como base os dados acima, estima-se que o conjunto dos CAPS pode ter a capacidade de acolher até 131.670 pessoas por dia, no caso de cada pessoa ser acolhida em um turno de atividade nos serviços. Sendo acolhimento intensivo em dois turnos, a capacidade de acolhimento seria de 102.215.

A estimativa da capacidade instalada pode equacionar um dilema reiterado no debate público sobre a produção de desassistência no novo modelo. Algumas instituições contrárias à RPB apontam a existência de “desassistência” decorrente da transição do modelo. A ABP (2020, p. 29) considera que “a exclusão do hospital psiquiátrico especializado, assim como dos ambulatórios e emergências especializados

da rede de assistência não se sustenta cientificamente e está gerando desassistência aos doentes mentais”. Contudo, não há nenhum estudo sistematizado sobre desassistência em saúde mental no Brasil “levando a uma desassistência generalizada” (idem, p. 5) como consequência da RPB, como supuseram a ABP, o CFM e o FENAM. Nas três edições das *Diretrizes* propostas por essas instituições [2006, 2014, 2020], onde o fenômeno é reiteradamente apontado, não há nenhuma literatura comprobatória da hipótese da desassistência.

#### *Indicador de Produção da RAPS no Brasil*

Os dados da tabela 7 abaixo apresentam a produção dos RAAS - Psicossocial entre 2013 e 2020. Os dados referentes ao ano de 2012 são parciais e não contemplam todos os meses daquele ano. Verifica-se uma curva ascendente nesse registro. Importa dizer que há registros em outros formulários tais como o ‘Boletim de Produção Ambulatorial’ (BPA); entretanto, o RAAS é a principal forma de sistematização das atividades realizadas no CAPS. Os números abaixo apresentam esses dados em escala de milhão de registros.

No ano de 2020 houve expressiva queda no número de registros possivelmente decorrente da repercussão da pandemia do COVID-19. Mesmo apresentando um cenário com números superlativos, estes números são subdimensionados dadas as falhas do registro nos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Em 2018<sup>79</sup> o Ministério da Saúde chegou a suspender o repasse de custeio de 72 serviços da RAPS por ausência de registros nos sistemas de informação do SUS. É possível que o desempenho real dos serviços seja superior ao que está registrado no CNES.

**Tabela 7 - Quantidade de RAAS – psicossocial entre 2013 e 2020**

Documento de registro	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
RAAS - Psicossocial	8.863.493	10.574.445	11.937.233	12.459.536	13.496.270	15.025.244	17.065.613	11.866.467

Fonte: CNES (2021)<sup>80</sup>

<sup>79</sup> Em novembro de 2018 a Portaria GM Nº 3.659 suspendeu o repasse do custeio mensal de alguns serviços da RAPS (CAPS, SRT, etc.) por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.

<sup>80</sup> Produção Ambulatorial do SUS - Brasil - por local de atendimento. Qtd. aprovada por Documento registro e Ano atendimento. Documento registro: RAAS - Psicossocial Período: Jan/2013-dez/2020. Acessado em 01/11/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qauf.def>

Além das informações de cadastro geral do RAAS, o CNES informa o conjunto dos procedimentos ambulatoriais realizados pelos CAPS e por outros serviços da RAPS que são registrados em outros instrumentos tal como o Boletim de Procedimentos Ambulatoriais – Consolidado (BPA-C). Novamente os números são superlativos, ainda que haja sub-notificação nos registros. A RAPS oferece aproximadamente 30 diferentes procedimentos específicos realizados por serviços não-hospitalares. Esses procedimentos fazem a articulação entre os serviços especializados e as demais redes: Rede de Atenção Básica e a RUE. As atividades são diversificadas, incluindo ações de redução de danos, matriciamento, fortalecimento do protagonismo dos usuários, atenção às situações de crises, ações de reabilitação psicossocial, oficinas terapêuticas, atendimentos individuais e em grupo, ações destinadas à crianças e adolescentes, entre outras. Verifica-se um fluxo ascendente no quantitativo dos registros entre 2013 e 2019. Em 2020 houve uma significativa diminuição em relação aos anos anteriores possivelmente em decorrência da pandemia do COVID-19.

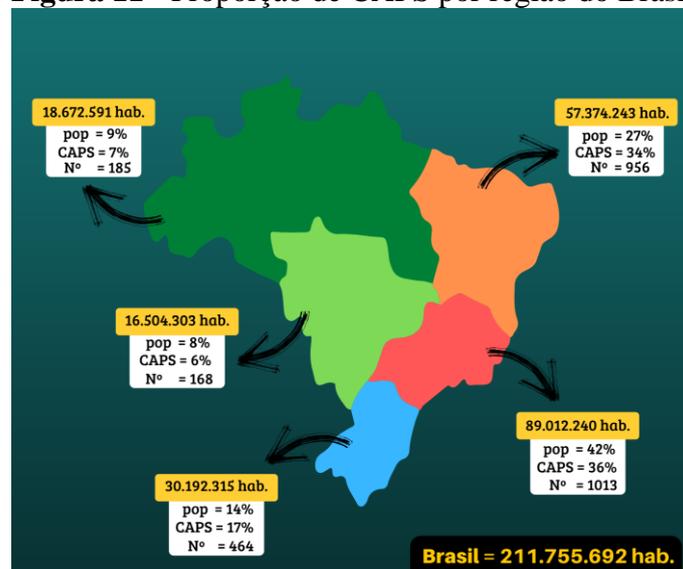
**Tabela 8 - Quantidade de procedimentos ambulatoriais realizados pela RAPS entre 2013 e 2020 no Brasil**

Procedimento	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Acolhimento noturno de paciente em CAPS	55.583	85.903	112.200	142.475	168.568	172.072	205.460	217.822
Acolhimento em terceiro turno de paciente em CAPS	26.760	41.085	47.057	45.180	56.221	59.082	59.874	41.721
Acompanhamento de paciente em saúde mental (SRT)	42.923	49.992	44.459	42.368	47.823	53.497	62.312	62.310
Atendimento em oficina terapêutica I - saúde mental	242.500	264.082	266.558	200.993	189.519	205.633	205.615	112.614
Atendimento em oficina terapêutica II - saúde mental	600.524	569.944	557.164	529.464	465.594	461.679	469.652	245.852
Atendimento em psicoterapia de grupo	584.166	549.430	523.608	473.190	393.136	404.277	441.998	189.554
Atendimento individual em psicoterapia	2.079.777	2.012.781	1.892.823	1.752.009	1.713.800	1.679.899	1.796.083	1.229.386
Acolhimento diurno de paciente em CAPS	1.290.144	1.465.511	1.703.251	1.755.026	1.866.023	2.098.167	2.374.650	1.362.974
Atendimento individual de paciente em CAPS	2.868.556	3.553.800	4.171.088	4.585.896	5.091.751	5.656.141	6.453.483	6.045.636
Atendimento em grupo de paciente em CAPS	2.530.402	2.853.569	3.042.923	2.979.882	3.173.043	3.512.235	3.888.018	1.394.301
Atendimento familiar em CAPS	432.361	517.452	618.925	637.318	691.513	863.630	1.032.627	1.104.769
Acolhimento inicial por CAPS	201.506	211.703	213.069	245.796	312.630	393.223	481.708	375.605
Atend. domiciliar para pacientes de CAPS e/ou familiares	150.003	160.647	164.574	171.725	166.287	172.678	192.308	259.019
Ações de articulação de redes intra e intersetoriais	137.165	248.846	321.576	361.912	436.377	520.887	598.924	603.310
Fortale. do protagonismo de usuários de CAPS e familiares	76.397	161.146	255.167	312.231	327.994	451.087	563.508	378.651
Práticas corporais em CAPS	449.258	559.223	525.082	495.228	523.529	584.097	640.073	236.889
Práticas expressivas e comunicativas em CAPS	615.338	763.531	795.921	757.299	830.569	954.529	1.171.181	371.688
Atenção às situações de crise	90.172	96.724	139.905	177.472	203.122	256.914	326.195	352.543
Matriciamento de equipes da atenção básica	30.345	43.387	58.999	71.045	105.884	159.629	191.370	151.335
Ações de redução de danos	44.500	129.275	200.581	220.791	304.201	458.304	572.438	571.813
Acomp. de serviço residencial terapêutico por CAPS	19.280	35.925	39.847	60.851	72.502	126.913	170.683	164.126
Apoio à serviço residencial de caráter transitório por CAPS	4.870	8.234	9.958	10.111	13.877	25.729	23.392	22.077
Ações de reabilitação psicossocial	234.693	296.066	375.746	440.603	404.228	378.489	415.950	258.612
Promoção de contratualidade no território	77.139	130.460	195.173	227.889	272.493	262.199	241.121	156.210
Acomp.de pessoas adultas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack e outras SPA	156	420	612	946	964	1.097	2.080	1.734
Acomp. da população Infanto-Juvenil com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de SPA	5	14	211	185	106	223	275	214
Matriciamento de Equipes dos Pontos de Atenção da Urgência e Emergência e dos Serviços Hospitalares	13.106	16.199	22.178	17.847	30.735	36.992	55.283	50.678
<b>TOTAL</b>	<b>12.897.629</b>	<b>14.825.349</b>	<b>16.298.655</b>	<b>16.715.776</b>	<b>17.862.445</b>	<b>19.949.302</b>	<b>22.636.261</b>	<b>15.961.443</b>

Fonte: CNES (2021)

A figura abaixo apresenta a distribuição proporcional dos CAPS em relação às cinco regiões do país. Os dados apontam uma certa aproximação entre a densidade populacional e a quantidade de CAPS habilitados em cada uma das regiões. O Sudeste possui a maior quantidade de habitantes e tem a maior quantidade de CAPS em termos absolutos e em termos proporcionais. A região Centro-Oeste tem a menor quantidade de habitantes e as menores quantidades de CAPS em termos absoluto e proporcional. O estado de São Paulo possui 447 CAPS enquanto que os estados do Amapá e Acre possuem apenas 6 e 8 serviços respectivamente.

**Figura 11 - Proporção de CAPS por região do Brasil**



Fonte: Elaboração própria com dados do CNES (2021) <sup>81</sup> e IBGE.

## 7.2.2 - Atenção Básica

### *Estratégia de Saúde da Família no Brasil*

A RPB indica a inserção do acolhimento às demandas da saúde mental pelos serviços comunitários de saúde ao nível da atenção primária. As bases constitutivas desse giro estratégico foram sedimentadas desde a ‘Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde’ em 1978 -*Conferência de Alma-Ata*- onde se considerou que os cuidados primários em saúde, seja física ou mental, são uma condição

<sup>81</sup> CNES - Estabelecimentos por Habilitação – Brasil. Quantidade de Estabelecimento. Habilitados por Região e Ano/mês competência. Tipo de Estabelecimento: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS. Período: Dez/2020. Acessado em 22/09/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/habbr.def>

indispensável como parte do desenvolvimento humanos e da justiça social. De acordo com o relatório dessa conferência, a atenção primária representa o primeiro nível do contato com o sistema de saúde “pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (OMS, 1978). A *Declaração de Caracas* (OMS/OPAS, 1990) reiterou “que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada à Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais”.

A busca pela inserção da saúde mental nas ações e serviços da atenção primária apareceu com ênfase nos relatórios das ‘Conferências Nacionais de Saúde Mental’. O relatório final da *I CNSM* (BRASIL, 1988, p. 40) sugeriu “suplantar o modelo assistencial centrado na hospitalização psiquiátrica, valorizando o atendimento ambulatorial especializado e o da rede básica de saúde, bem como as atividades de reintegração social do doente mental”. O relatório da *III CNSM* dedicou um capítulo inteiro ao tema da atenção primária/básica e sugeriu que “a reorganização da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental enfatize a Atenção Básica, entendendo esta como um conjunto de unidades e ações articuladas em um território, sob o eixo do acolhimento, vínculo e heterogeneidade” (BRASIL, 2001, p. 48). Por fim, o relatório da *IV CNSM* apresentou diretrizes e princípios para a intersecção entre saúde mental e atenção primária e indicou a necessidade de inclusão da “saúde mental como área estratégica da atenção primária, assim como de promover a integralidade das ações de saúde mental, em todos os níveis de atenção, pautada na lógica da intersetorialidade [...]” (BRASIL, 2010, p. 82). Em março de 2001 o Ministério da Saúde organizou uma oficina para criação de um ‘Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica’; em 2004 a CGSMAD apresentou uma espécie de ‘nota técnica’ intitulada “Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários” onde apontou diretrizes para o apoio matricial às equipes de saúde da família, além de propor a inclusão de indicadores de saúde mental no sistema de informação da atenção básica<sup>82</sup>.

Com a Portaria GM nº 3.088/2011, a Atenção Básica foi definitivamente inserida como ‘componente’ da RAPS. Em 2013 o Ministério da Saúde publicou um número especial da série “Cadernos da Atenção Básica” o qual foi dedicado ao tema da

---

<sup>82</sup> Os documentos da CGSMAD não fazem distinção epistemológica entre o conceito de atenção básica e o conceito de atenção primária. Os dois sintagmas são utilizados como sinônimos.

saúde mental. Nesse documento de orientação, o Ministério da Saúde atestou que a atenção básica tem o maior grau de descentralização e capilaridade entre as redes de saúde, estando mais próximo da comunidade e do cotidiano da vida das pessoas. Logo, a atenção básica é entendida como a via de contato preferencial com os usuários e deveria ser o centro comunicante com as RAS, inclusive com a RAPS. Desse modo,

a Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2013, 19)

A atenção básica se torna fundamental para a política de saúde mental uma vez que, dos 5.570<sup>83</sup> municípios brasileiros, há 3.251 municípios (58,4%) com população inferior a 15.000 habitantes. Esses municípios possuem juntos 22.549.606 habitantes (10,64%). Nessas localidades a atenção básica é o principal acesso à saúde; em muitos casos é o único disponível.

Os serviços de saúde ao nível da atenção básica são os mais acessíveis, baratos e assimilados pela comunidade; por isso, “quando a saúde mental está integrada como parte destes serviços, o acesso é melhorado, é mais provável que as perturbações mentais sejam identificadas e tratadas, e os problemas de comorbilidade física e mental sejam geridos de uma maneira contínua” (OMS, 2008, p. 19).

A OMS (idem) considera que há sete importantes motivos a integrar os cuidados em saúde mental no cotidiano da atenção básica: 1) a carga dos transtornos mentais é grande, principalmente quando considerados os transtornos mentais comuns; 2) os problemas de saúde mental e física estão interligados; 3) o déficit de tratamento para transtornos mentais é significativo quando comparado o número de pessoas que tem algum transtorno e o número de pessoas que obtém tratamento; 4) os cuidados primários para saúde mental melhoram o acesso aos demais serviços da rede de saúde; 5) os cuidados primários para saúde mental promovem o respeito pelos direitos humanos; 6) os cuidados primários para a saúde mental são acessíveis em termos de custo e têm uma boa relação custo-benefício; 7) os cuidados primários para a saúde mental geram bons resultados de saúde.

---

<sup>83</sup> IBGE. Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2020. Acessado em 25/05/2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28668-ibge-divulga-estimativa-da-populacao-dos-municipios-para-2020>

De acordo com a Portaria GM nº 3.088/2011, o componente Atenção Básica da RAPS é composta pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
  - a.1) Equipes de Saúde da Família
  - a.2) Estratégia de Saúde da Família
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
  - b.1) Equipe de Consultório na Rua;
  - b.2) Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Núcleo de apoio ao Saúde da Família (NASF)
- d) Centros de Convivência

Em dezembro de 2020, havia 54.105 equipes de Saúde da Família, considerando todos os perfis. O conjunto dessas equipes propicia cobertura de 76,08% da população brasileira.

**Tabela 9** - Série histórica da implantação das Equipes e Estratégias de Saúde da Família no Brasil de 2010 a 2020

Tipo da Equipe	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ESF - Equipe de Saúde da Família	32.243	33.135	33.899	35.567	39.426	40.765	41.061	42.513	43.016	43.755	43.286
Equipe_AB_Parametrizada	-	77	68	262	314	513	404	355	376	208	2.180
Equipe_AB_Equivalente_CH	9.079	8.478	8.897	9.132	8.960	8.051	8.572	8.154	7.849	8.123	8.639
<b>Total de Equipes</b>	<b>41.322</b>	<b>41.690</b>	<b>42.864</b>	<b>44.961</b>	<b>48.700</b>	<b>49.330</b>	<b>50.037</b>	<b>51.022</b>	<b>51.241</b>	<b>52.086</b>	<b>54.105</b>

<b>Cobertura AB %</b>	<b>66,20</b>	<b>67,11</b>	<b>68,34</b>	<b>70,58</b>	<b>73,11</b>	<b>73,66</b>	<b>74,14</b>	<b>74,62</b>	<b>74,58</b>	<b>74,76</b>	<b>76,08</b>
-----------------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

Fonte: E-Gestor (2021)<sup>84</sup>

A existência do serviço – o ponto de atenção da RAPS - não garante o devido acolhimento às demandas da saúde mental na atenção básica. Historicamente houve baixa permeabilidade da saúde mental nesse nível do sistema de saúde. O estigma associado à loucura, a cultura hospitalocêntrica e o apreço ao especialismo são barreiras simbólicas para o acolhimento das demandas da saúde mental ao nível dos serviços de da atenção básica. Em 2011 o Ministério da Saúde implantou o “Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” (PMAQ-AB) com o objetivo de estimular gestores e equipes a melhorar a qualidade do funcionamento da atenção Básica. O programa teve três ciclos, o último foi desencadeado em 2015. Nesse

<sup>84</sup> Coordenação-Geral de Informação da Atenção Primária (CGIAP). Departamento de Saúde da Família (DESF). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Dez/2010-Dez/2020. Acessado em 21/09/2021. Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

Programa havia um conjunto de estratégias para qualificação do acolhimento às pessoas com transtorno mental ou problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Na ocasião, 38.864 equipes de Saúde da Família aderiram ao PMAQ-AB, equivalendo a aproximadamente 97% das equipes existentes naquele ano. Estudos recentes avaliaram o banco de dados desse Programa e concluíram que ainda há fragilidades no cuidado em saúde mental no âmbito da atenção básica. No estudo de Sanine & Silva (2020, p. 5) verificou-se que cerca de 20% das equipes não faz registro de usuários com histórico de sofrimento mental; apenas 56,8 % das equipes registraram encaminhamento de pessoas que usam álcool ou outras drogas. Esse estudo trabalhou com uma amostra de 37.350 equipes do 3º ciclo da PMAQ-AB. Lima (2021, p. 6) avaliou 29.778 equipes participantes do 2º ciclo e concluiu que “quase um terço (29,2%) das equipes se encontra em um nível ruim de estruturação da qualidade de assistência em saúde mental, com a maioria das equipes se situando no nível médio. Somente 18,7% das equipes se situam no nível alto”. Ambos estudos apontam para a necessidade de continuar o investimento na formação e sensibilização para a mudança nos processos de trabalho da gestão e da atenção em saúde. A atenção básica concentra a maior força de trabalho no SUS e por isso continua sendo fundamental para a reorientação do modelo, em que pese a existência de barreiras.

### *Consultório de/na Rua no Brasil*

Além das Equipes de Saúde da Família (eSF), a partir de 2011 a Política Nacional de Atenção Básica instituiu os Consultórios na Rua para ampliação do acesso, do acolhimento e integralidade da população em situação de rua. Essas equipes devem garantir o cuidado integral, mas devem ter atenção especial para as demandas relacionadas aos transtornos mentais e ao uso de substâncias psicoativas por parte da população assistida. São serviços disponíveis em municípios acima de 100.000 habitantes, com alta concentração de pessoas em situação de rua, de acordo com a Portaria GM nº 1.631/2015. Atualmente existem 208<sup>85</sup> equipes de Consultório na Rua implantadas em 125 cidades, distribuídas nas quatro modalidades de cadastro, conforme pode ser visto na tabela abaixo.

---

<sup>85</sup> O *Painel Saúde Mental* (WEBER, 2021, p. 23) informa que em dezembro de 2020 existiam 169, mas a autora reconhece que a divergência pode ter acontecido por conta de uma alteração na forma de cadastro desses serviços ocorrida entre 2020 e 2021 com as Portarias GM nº 99/2020 e Portaria GM nº 37/2021.

**Tabela 10 - Série histórica da implantação das Equipes de Consultórios na Rua**

Tipo da Equipe	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
[eCR MI] Equipe dos Consultórios Na Rua - Modalidade I	8	9	26	27	30	35	42	46	6
[eCR MII] Equipe dos Consultórios Na Rua - Modalidade II	28	42	52	65	68	69	69	71	3
[eCR MIII] Equipe dos Consultórios Na Rua - Modalidade III	18	37	48	52	59	69	70	70	6
[eCR] Equipe dos Consultórios Na Rua	-	-	-	-	-	-	-	-	193
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>88</b>	<b>126</b>	<b>144</b>	<b>157</b>	<b>173</b>	<b>181</b>	<b>187</b>	<b>208</b>

Fonte: CNES (2021)<sup>86</sup>

### *Núcleo de Apoio a Saúde da Família no Brasil*

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2008 com a finalidade de consolidar a Política de Atenção Básica por meio do fortalecimento das redes de serviços. São equipes de caráter multiprofissional que atuam integradas com as eSF e as demais equipes da Atenção Básica. De acordo com Brasil (2013, p. 20),

a responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família busca contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

O NASF pode fortalecer a educação permanente por meio do apoio matricial e pode ser um importante recurso facilitador da interlocução entre os CAPS e a rede de Atenção Básica. Esse dispositivo assistencial foi concebido para auxiliar as equipes com intuito de evitar encaminhamentos desnecessários ou para qualificar o fluxo de encaminhamentos destinados aos outros pontos de atenção. Com isso, busca-se aumentar a capacidade de cuidado da rede de Atenção Básica, agregando novos recursos para o cuidado nesse nível de atenção em saúde na medida em que auxilia na articulação com outros pontos de atenção das RAS. Em dezembro de 2020 existiam 5.592 unidades do NASF implementadas em 3.969 municípios. Destaque para a redução do número total de unidades registradas entre os anos de 2019 e 2020.

**Tabela 11 - Série histórica da implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família**

Tipo da Equipe	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
----------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

<sup>86</sup> CNES - Equipes de Saúde – Brasil. Quantidade por Tipo da Equipe: eCR; Ano/mês competência. Período: Dez/2008-Dez/2020. Acessado em 21/09/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>

NASF - 1	424	954	1.264	1.476	1.613	2.047	2.484	2.649	2.719	3.080	3.461	3.518	124
NASF - 2	40	104	151	185	433	628	788	885	900	996	1.062	1.084	28
NASF - 3	-	-	-	-	-	448	838	1.025	1.053	1.190	1.274	1.284	23
NASF-AB Núcleo Ampliado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.417
<b>Total</b>	<b>464</b>	<b>1.058</b>	<b>1.415</b>	<b>1.661</b>	<b>2.046</b>	<b>3.123</b>	<b>4.110</b>	<b>4.559</b>	<b>4.672</b>	<b>5.266</b>	<b>5.797</b>	<b>5.886</b>	<b>5.592</b>

Fonte: CNES (2021)<sup>87</sup>

### *Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental no Brasil*

A publicação da Portaria gm nº 3.588/2017 produziu profundas mudanças na concepção da Política Nacional de Saúde Mental e da RAPS. Além da reintrodução dos hospitais psiquiátricos no ‘menu’ de ofertas, também formalizou um tipo de serviço modelado nos padrões dos tradicionais ambulatorios de saúde mental. Essa normativa introduziu as “Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas” (EMAESM). Os serviços ambulatoriais foram presentes na política de saúde mental brasileira e passaram por várias reformulações. Com o fortalecimento do CAPS, havia uma tendência à despotencialização dos tradicionais ambulatorios. O CAPS investe no sentido da atenção integral, complexa, articulada com uma rede de cuidados e com o território. Historicamente os ambulatorios ofereceram respostas parciais quase sempre reprodutoras de reducionismo clínico e da retórica biomédica.

Se, por um lado, o relatório da *IV CNSM* (BRASIL, 2010, p. 74) “ratifica a criação, o fortalecimento, e a ampliação da rede de saúde mental e de ações articuladas de saúde mental na atenção básica, ambulatorios de saúde mental [...]”, por outro lado, o relatório de gestão da *CGSMAD* (BRASIL, 2016, p. 37) sugeriu a “revisão das práticas que superem a lógica do especialismo, transcenda a cultura estritamente ambulatorial e se estabeleça a tão almejada prática integral, longitudinal e intersetorial”. Esses extratos de citação em textos oficiais citados acima demonstram o impasse em relação a esse ponto de atenção.

O debate de fundo dessa questão é o risco do retorno do reducionismo epistêmico médico-centrado. Os ambulatorios eram uma espécie de *illusio*<sup>88</sup> na retórica

<sup>87</sup> CNES - Equipes de Saúde – Brasil. Quantidade por Tipo da Equipe: NASF; Ano/mês competência. Período: Dez/2008-Dez/2020. Acessado em 21/09/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>

<sup>88</sup> Para Bourdieu (2001, p. 21) a *illusio* é algo “como crença fundamental no interesse do jogo e no valor dos móveis de competição inerente a esse envolvimento”. Nesse sentido, “a *illusio* faz parte da ação, da

do paradigma psiquiátrico brasileiro desde a rápida expansão desses serviços na década de 1970. Neles o saber médico repousou soberano, reproduzindo o que Rotelli (2014) chamou de ‘psiquiatria renovada’. O ambulatório restaurou e ressignificou o poder do discurso médico-psiquiátrico na perspectiva do que Foucault (2018) denominou de ‘medicalização’ do social. Desde a versão de 2006 das “*Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil*” as instituições médicas hegemônicas manifestaram o desejo de que o ambulatório fosse contemplado como serviço de saúde mental na política pública. Essas instituições de classe defendiam que o “ambulatório psiquiátrico geral e especializado” deveria ser um tipo de “serviço de atendimento essencialmente médico organizado de acordo com a demanda existente em cada local, inserido ou não em ambulatório médico geral, e que sempre faça a distribuição gratuita dos medicamentos prescritos” (ABP, CFM e FENAM, 2006, p. 36). A pressão pelo retorno dos ambulatórios esteve presente no discurso oficial da psiquiatria *mainstream* brasileira. No Ofício nº 068 de 25 de abril de 2017, encaminhado aos ministros Osmar Terra e Ricardo Barros -representantes do Ministério da Cidadania e Ministério da Saúde, respectivamente-, o CFM e a ABP recomendam sem constrangimento “que o tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais tenha, como **eixo principal**<sup>89</sup>, os Ambulatórios Especializados”; a alegação é que esse serviço “tem a melhor relação de eficiência, resultados e de custo-benefício infinitamente melhor do que o sistema existente hoje no Brasil, que despreza este tipo de tratamento, eficaz no mundo todo” (ABP, 2017, p. 5). Novamente o documento não revela nenhuma fonte de evidência para a avaliar o argumento. Além de revelar o desacordo com “o sistema existente”, ou seja, com a RAPS, outra vez as instituições representantes da medicina reinvestem num antigo objeto mantido no limbo da RPB. Em dezembro de 2017, aproximadamente oito meses após a demanda do CFM e da ABP, a Portaria GM nº 3.588 do Ministério da Saúde formalizou o retorno dos ‘ambulatórios especializados’ doravante nomeados de “Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental”.

A reprodução das práticas ambulatoriais tem sido bastante criticada por autores favoráveis à RPB. Nunes *et al.* (2019, p. 4.494) consideram que a expansão dos ambulatórios especializados “poderá servir a uma ampliação na compra de psicofármacos, além da promoção de pesquisas focalizadas e reducionistas, muitas delas

---

rotina, das coisas que se faz e que se faz porque se fazem e na verdade sempre se fez assim” (idem, p. 124). É o objeto no qual se investe a energia que mobiliza a disputa num campo; é o objeto de interesse, o objeto digno para ser perseguido e disputado.

<sup>89</sup> Grifo meu.

produtoras do risco de uma molecularização das soluções para problemas humanos altamente multifatoriais e complexos”. Cruz, Gonçalves e Delgado (2020, p. 6) entendem que há um retrocesso no retorno das “equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental”, que são nada menos do que os antigos e pouco resolutivos ambulatorios psiquiátricos”. Para Onocko-Campos (2019, p. 3), a Portaria GM nº 3.588/2017 “reestabeleceu na RAPS um nível secundário de atenção por meio de equipes especializadas de saúde mental, abrindo espaço para a reinstalação de ambulatorios hierarquizados e desarticulados”.

Não há definição de competências sanitárias e assistenciais que diferenciem uma EMAESM e um CAPS. Entretanto, a Portaria GM nº 3.588/2017 prevê que a carga horária dos profissionais da EMAESM pode variar de 20 a 30 horas, dificultando o funcionamento em tempo integral. A Portaria GM 3.588/2017 estabeleceu os três perfis das equipes e a Portaria de Consolidação GM Nº 06/2017 definiu o custeio mensal da seguinte forma:

- a) a Equipe I terá três profissionais com formação universitária e custeio de R\$ 12.000 (doze mil reais) mensais;
- b) a Equipe II terá quatro profissionais com formação universitária e custeio de R\$ 21.000 (vinte e um mil reais) mensais;
- c) a Equipe III terá cinco profissionais com formação universitária e custeio de R\$ 30.000 (trinta mil reais) mensais;

Com esse padrão de custeio a Equipe III teria um custo-benefício maior que o CAPS tipo I; a EMAESM III teria menor quantidade de profissionais e maior verba de custeio. A Portaria GM nº 99/2020 redefiniu a forma de registro das ‘Equipes de Atenção Primária em Saúde Mental’ no CNES, agrupando todas tipificações em apenas uma definição; doravante nomeadas como “Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental –EMAESM” (código 75). Estes serviços passaram a ser cadastrados com essa nova nomenclatura a partir de maio de 2020. Em dezembro de 2020 eram 149 equipes no CNES, em junho de 2021 havia registro de 290.

**Tabela 12** - Série histórica da implantação das EMAESM

Tipo da Equipe	Dez 2020	Jun 2021
EMAESM – Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental	149	290

Fonte: CNES (2021)<sup>90</sup>

<sup>90</sup> CNES - Equipes de Saúde – Brasil. Quantidade por Tipo da Equipe: EMAESM; Ano/mês competência. Período: Dez/2008-Dez/2020. Acessado em 21/09/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>

### 7.2.3 - Atenção Residencial de Caráter Transitório

#### *Unidades de Acolhimento no Brasil*

A ‘residencialidade’ é uma estratégia fundamental para a desinstitucionalização e para a reabilitação psicossocial. Para Saraceno (2016, p. 22), a reabilitação implica na reconstrução da plena contratualidade em três cenários: *habitat*, rede social e trabalho com valor social. As instalações residências podem ser para longa permanência (*long-stay facilities*) ou para curta permanência. As instalações comunitárias para cuidados residenciais podem atender pessoas com quadros crônicos ou quadros que precisam de uma retaguarda de intensificação de cuidados para que se obtenham as condições adequadas para estabilização clínica ou social. Segundo os dados do *Mental Health Atlas 2017* (OMS, 2018, p. 40), nos países de alta renda, há cerca de 23 ‘leitos residenciais’ por 100.000 habitantes, sendo estes um recurso importante no provisãoamento geral de serviços comunitários de saúde mental.

A Portaria GM nº 3.088/2011 definiu a ‘Atenção Residencial de Caráter Transitório’ e estabeleceu que dela fazem parte dois pontos de atenção: a) as Unidades de Acolhimento [adulto e infanto-juvenil] (UA); b) os Serviços de Atenção em Regime Residencial (entre os quais, as Comunidades Terapêuticas). As UA não são serviços de saúde autônomos por se caracterizarem como um dispositivo residencial complementar num projeto terapêutico. Esse dispositivo assistencial busca superar a prática do abrigo ou asilamento historicamente presentes no modelo hospitalocêntrico. Por isso, a adesão deve ser voluntária. A Portaria GM nº 3.088/2017 (BRASIL, 2011) determina que a

*Unidade de Acolhimento* oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses.

Estes serviços passaram a ser implementados em 2012. Como visto na tabela abaixo, o CNES informa a existência de **179** UA; contudo, não há indicativo de quantos desses serviços estão habilitados<sup>91</sup>.

---

<sup>91</sup> O *Painel Saúde Mental* informa a existência de apenas **72** unidade (WEBER, 2021, p. 38). Brasil (2021, p. 10) informa que são **69** unidades.

**Tabela 13 - Unidades de Acolhimento no Brasil**

Classificação do Serviço	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Serviço de Atenção Psicossocial / UA Adulto	28	75	83	103	114	120	136	141	142	141
Serviço de Atenção Psicossocial / UA Infantojuvenil	3	14	23	24	25	28	35	37	37	38
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>89</b>	<b>106</b>	<b>127</b>	<b>139</b>	<b>148</b>	<b>171</b>	<b>178</b>	<b>179</b>	<b>179</b>

Fonte: CNES (2021)<sup>92</sup>

### *Comunidades Terapêuticas no Brasil*

Além das UA's, o 'componente Atenção Residencial de Caráter Transitório' instituiu também os Serviços de Atenção em Regime Residencial; entre os quais, as Comunidades Terapêuticas (CT). De acordo com a Portaria GM nº 3.088/2017, esse ponto de atenção está destinado "a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas".

As CT surgiram na década de 1940 com Maxwell Jones como tentativa de *aggiornamento* do velho hospital psiquiátrico. Basaglia (1985, p. 136) considera que se tratava de uma tentativa "de renovação institucional psiquiátrica". Gozaram de prestígio e esperança por algum tempo, mas logo mostraram-se incapazes de solucionar as contradições decorrentes do próprio modelo ao qual estavam vinculadas. Basaglia afirma categoricamente recusar a proposição da CT como modelo institucional para viabilizar a reforma psiquiátrica. Esta instituição "[...] não seria mais do que uma tardia adequação da modalidade de controle social do comportamento patológico aos métodos de produção aperfeiçoados [...]" (idem, p. 146).

Em maio de 2010, o Governo Federal instituiu o "Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas". Em dezembro de 2011 esse plano foi alterado e transformado num programa que ficou conhecido como "Crack, é Possível Vencer". Este programa foi capitaneado pelo Ministério da Justiça, em articulação com outros ministérios e teve quatro anos de execução. Configurou-se como uma ação integrada que envolveu três eixos de atuação: prevenção, cuidado e autoridade. O eixo "cuidado" previa a inclusão das CT's com capacidade prevista para até 10.000 vagas durante a vigência do plano. As CT's atuam no Brasil há mais de cinquenta anos. No Brasil essas instituições se inclinaram exclusivamente para assistência a pessoas que

<sup>92</sup> CNES - Estabelecimentos - Classificação do Serviço – Brasil. Quantidade por Classificação do Serviço e Ano/mês competência. Serviço de Atenção Psicossocial/ Unidade de Acolhimento. Período: dez/2012-dez/2020. Acessado em 22/05/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/servc2br.def>

fazem uso problemático de substâncias psicoativas. A organização política dessas instituições está centrada na Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) e na Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB). A regulamentação desses serviços estava acontecendo desde 2001. O capital político dessas instituições foi adensado em 2011 com a constituição de uma ‘Frente Parlamentar Mista em defesa das Comunidades Terapêuticas’, composta por deputados federais e senadores cuja finalidade era fazer ampla defesa política. Essa Frente Parlamentar foi fortemente cortejada pela ‘Bancada Evangélica’ que tem interesses políticos e econômicos vinculados às CT’s.

Em 2011 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) editou a Resolução RDC nº 29/2011 que ladrilhou o acesso para que essas instituições passassem a obter financiamento público federal. Em 2013 as CT’s foram inseridas na republicação da Portaria GM nº 3.088/2011 e, a partir de 2012, com o lançamento do programa federal “Crack, É Possível Vencer”, passaram a receber financiamento federal.

Em 2012 a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) encomendou ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) uma pesquisa sobre perfil das CT’s. De acordo com Nota Técnica 21/2017 do IPEA (2017, p. 8), as CT’s

desenvolvidas e disseminadas a partir de iniciativas não governamentais, estas instituições se organizam em residências coletivas temporárias, onde ingressam pessoas que fazem uso problemático de drogas, que ali permanecem, por certo tempo, isolados de suas relações sociais prévias, com o propósito de renunciarem definitivamente ao uso de drogas e adotarem novos estilos de vida, pautados na abstinência de SPAs. Durante sua permanência nas CT’s, estas pessoas submetem-se a uma rotina disciplinada, que abrange atividades de trabalho e práticas espirituais e/ou religiosas, além de terapias psicológicas, reuniões de grupo de ajuda mútua, entre outras, dependendo dos recursos financeiros e humanos à disposição de cada CT [...]. O modelo de cuidado proposto pelas CT’s ancora-se em três pilares – a saber, trabalho, disciplina e espiritualidade –, combinando saberes técnico-científicos (médicos, psicológicos e socioassistenciais) com práticas espirituais.

Com base em dados coletados entre 2016 e 2017, esse levantamento revelou o perfil e o cenário da atuação dessas instituições. Na ocasião foram catalogadas 1.950 CT’s, com capacidade instalada de 83.530 vagas (idem, p, 17); 80% das vagas são exclusivamente para homens, 5% para mulheres e 15% para ambos. Esta ‘capacidade instalada’ é equiparada ao número de leitos psiquiátricos brasileiros da década de 1980. Nem todas as instituições estão habilitadas para receber recurso público.

O financiamento das CT's se realiza com orçamento de vários ministérios do Governo Federal; além disso, alguns estados e municípios usam recurso próprio para custeio de algumas vagas. As duas principais fontes de recursos para as CT's são o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e o Fundo Nacional AntiDrogas (FUNAD). Em 2019 o Governo Federal criou a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED) vinculada ao Ministério da Cidadania. Em 2019 a SENAPRED publicou o Edital de Credenciamento Público Nº 17/2019 para credenciamento e de habilitação para a contratação de serviços de acolhimento a pessoas que usam drogas, em regime residencial transitório e de caráter voluntário. De acordo com esse Edital, o Ministério da Cidadania “mantém contratos com 489 dessas instituições para prestação de serviço especializado de acolhimento de dependentes químicos, em regime residencial transitório e de caráter voluntário, financiando 10.854 vagas”. Efetivamente, o site do Ministério da Cidadania informava 10.586. Com o resultado do novo Edital Público de 2019 foram contratualizadas 492<sup>93</sup> novas CT's com exatas 13.246 novas vagas. Assim, nos últimos dois editais foram contratadas 23.832 vagas. Não há definição sobre o significado de “vaga”, não se especificou se cada vaga corresponde ao interstício de um ano ou se equivale ao tempo de permanência na instituição, não está claro se são vagas cumulativas.

**Tabela 14 - Vagas em Comunidades Terapêuticas - SENAPRED**

	Número de CT's	Número de Vagas
Edital 01/2018 e anteriores	489	10.586
Edital 17/2019	492	13.246
<b>Total de Vagas</b>		<b>23.832</b>

Fonte: Ministério da Cidadania <sup>94</sup>

Essas vagas financiadas pela SENAPRED não entram nos sistemas de informação do Ministério da Saúde, o que inviabiliza o monitoramento a partir do banco de dados desse órgão. De todo modo, o número de vagas financiadas com verba

<sup>93</sup> Aviso Nº 1/2021 SEDS/SENAPRED Edital de Credenciamento Público Nº 17/2019. Diário Oficial da União. Publicado em: 09/02/2021. Edição: 27. Seção: 3. Acessado em 22/10/2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/aviso-n-1/2021-seds/senapred-edital-de-credenciamento-publico-n-17/2019-303001947>

<sup>94</sup> Notícias e conteúdo. Ministério da Cidadania. Desenvolvimento Social. Notícia: Com 492 centros habilitados, Governo Federal abre mais de 13 mil novas vagas em comunidades terapêuticas. Publicado em 09/02/2021. Acessado em 22/10/2021. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/com-492-centros-habilitados-governo-federal-abre-mais-de-13-mil-novas-vagas-em-comunidades-terapeuticas>

públicas das CT's em 2020 já é superior ao número de leitos psiquiátricos [código 47] do ano de 2017, como apresentado no **gráfico 6**. Como não há monitoramento do fluxo de admissão nas CT's, é possível que parte da demanda de “internamento” relacionada ao uso problemático de substâncias psicoativas tenha seguido deslocado para as CT's em função da diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos; isso seria uma ‘variável estranha’ na correlação entre diminuição de leitos (X) *versus* diminuição de internamentos (Y). Seria uma espécie de ‘transinstitucionalização’, como criticada por Rotelli (2014). Essa é uma hipótese não considerada nos relatórios de análise do Ministério da Saúde.

Segundo o IPEA (2017, p. 30), 41,1% das CT's recebem financiamento municipal, o financiamento estadual contempla 27,8% e outras 24,1% CT's que recebem financiamento federal. Isso permite considerar que esse quantitativo de vagas apresentado na tabela acima está subdimensionado uma vez que contempla apenas as vagas financiadas pelo gestor federal. Não há nenhuma sistematização da real oferta dessas vagas que considere os três níveis de gestão. Algumas dessas instituições recebem recurso de mais de uma fonte pública sem que haja um cadastro nacional que evite dobra de pagamento.

Em relação às CT's vinculadas ao Ministério da Saúde, a partir de 2012 o CNES passou a credenciar algumas dessas instituições na categoria “Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde” ou “Unidade de Atenção em Regime Residencial”. Nessa modalidade, o CNES tem o registro de 75<sup>95</sup> estabelecimentos. Nesse sistema de informação não há dados sobre o número de vagas disponíveis ou sobre o gasto com esses serviços.

Considerando um cenário em que o Governo Federal estabeleça alguma contratualidade com cerca de 500 CT's, esse número equivaleria apenas a quarta parte do conjunto das instituições catalogadas no último levantamento do IPEA.

As normas da ANVISA definem condições gerais, mas alcançam apenas as instituições que se submetem aos editais públicos para obtenção de financiamento. As demais continuam à margem dos marcos legais.

Em 2017 ocorreu uma inspeção em CT's a partir de uma ação conjunta do Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate

---

<sup>95</sup> Indicadores - Tipo de Estabelecimento. Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde. Acessado em 22/10/2021. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade\\_Listar.asp?VTipo=83&VListar=1&VEstado=42&VMun=&VSubUni=&VComp=201803](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=83&VListar=1&VEstado=42&VMun=&VSubUni=&VComp=201803)

à Tortura (MNPCT) e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal (PFDC/MPF). A inspeção aconteceu em 28 estabelecimentos distribuídos em 12 diferentes estados; 18 desses avaliados serviços recebiam financiamento público. Várias violações aos direitos humanos foram constatadas, tais como: restrições no acesso a meios de comunicação; privação de liberdade; castigos, punições e indícios de tortura, violação à liberdade religiosa e à diversidade sexual; trabalhos forçados e sem remuneração como forma de ‘laborterapia’, entre outros. O relatório conclui que “levando em conta as informações levantadas pelas inspeções nas comunidades terapêuticas, e avaliando-as face aos direitos das pessoas com transtorno mental, são explícitas as características asilares dessas instituições” (CFP, MNPCT & PFDC, 2018, p. 56).

Considerando esse cenário, verifica-se uma flagrante violação da Lei 10.216 quando afirma em seu art. 4º que “é vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados”. Portanto, a permanência dessas práticas, como as descritas nesse relatório de inspeção, confrontam os princípios da desinstitucionalização, da reforma psiquiátrica e dos direitos humanos.

#### **7.2.4 - Estratégia de Desinstitucionalização**

##### *Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil*

Mesmo antes da aprovação da Lei 10.216, iniciou-se um processo de desinstitucionalização de egressos do sistema hospitalar psiquiátrico com histórico de internamentos prolongados. Em fevereiro de 2000, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº 106/2000 instituindo os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) no âmbito do SUS. Os SRT (ou residências terapêuticas) se constituíram como o suporte habitacional fundamental para pessoas institucionalizadas que não contam com suporte social/familiar adequado para garantir a reinserção psicossocial. Desse modo, os SRT se configuram como uma modalidade assistencial para romper com os contingentes que facilitavam a permanência no hospital por tempo prolongado. O art. 11º da Portaria GM 3.088/2011 define que os SRT

são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

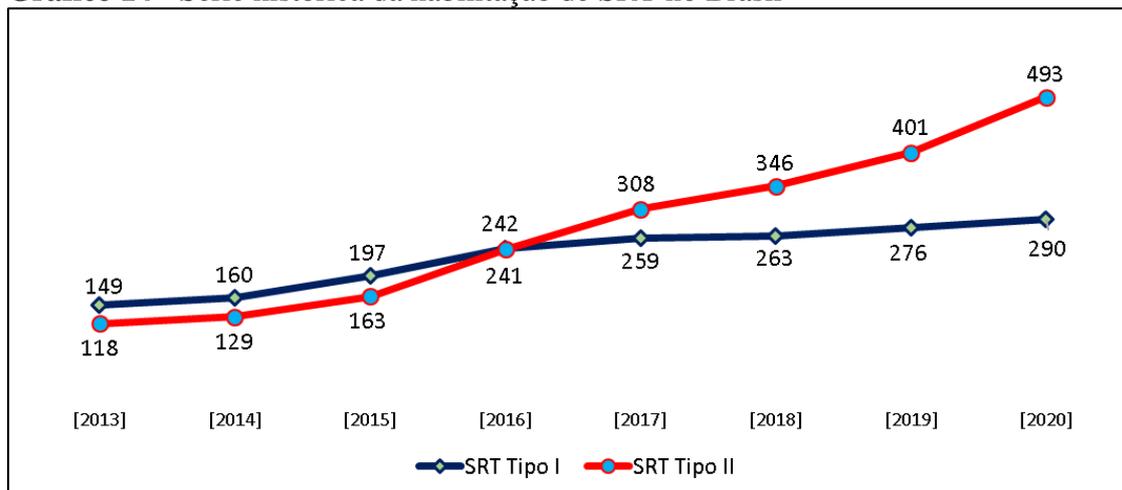
§ 1º O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação

de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

Os SRT's são moradias assistidas, de caráter permanente ou por períodos de longa estadia. O registro no CNES está atrelado ao cadastro de um CAPS de referência. Embora devam acolher preferencialmente egressos de internações psiquiátricas prolongadas, a Portaria GM nº 3.588/2017 passou a autorizar o acolhimento de outras pessoas com necessidades de proteção habitacional tais como, pessoas em situação de rua com transtornos mentais graves, egressos de unidades prisionais comuns com necessidade de apoio para reinserção psicossocial.

A Portaria GM nº 106/2000 define dois tipos de SRT. Os serviços tipo I “moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores” (BRASIL, 2000); por sua vez, os serviços tipo II são destinados às “pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores”.

Há conflitos na identificação do quantitativo desses serviços no Brasil. O *Painel Saúde Mental* (WEBER, 2021, p. 51) identificou a existência de 783 SRT's em dezembro de 2020. O relatório da CGSMAD (BRASIL, 2021, p. 8) registra 797 serviços no mesmo período. Entretanto, o CNES informa a existência de 474 serviços. Os dados apresentados abaixo foram baseados no *Painel Saúde Mental* uma vez que as informações contidas nesse documento foram extraídas do conjunto das portarias de implantação de serviços com respectiva repercussão orçamentária, ou seja, representa os serviços que efetivamente estavam recebendo financiamento até 2020. A partir de 2013 tornou-se possível monitorar os SRT que estavam efetivamente habilitados, por isso a série abaixo inicia naquele ano. O súbito aumento do número de SRT habilitados corresponde ao melhoramento dos mecanismos de regularização dos serviços que estavam implantados, mas não estavam devidamente habilitados.

**Gráfico 14** - Série histórica da habilitação de SRT no Brasil

Fontes: Weber (2021, p. 51)

O ‘componente *Estratégia de Desinstitucionalização*’ da Portaria GM nº 3.088 inclui uma segunda ação como condição importante desse processo, além da residencialidade. Trata-se de um auxílio financeiro para pessoas com grave quadro de dependência institucional e com hiposuficiência econômica.

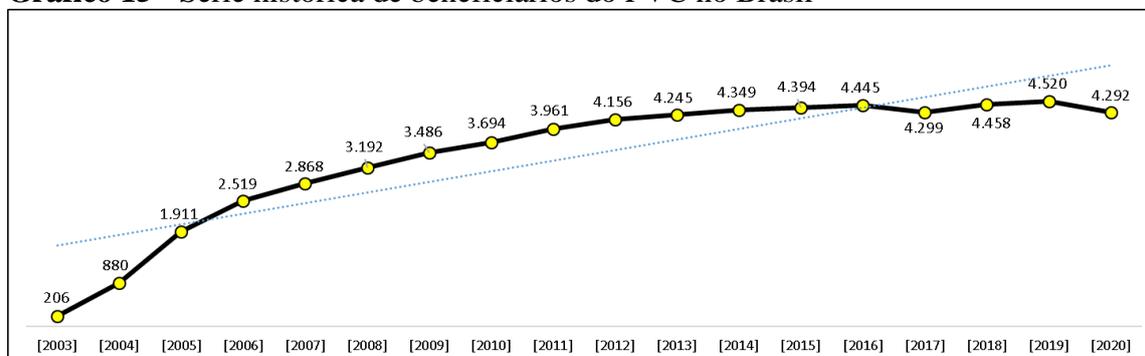
O suporte social ou apoio social refere-se a um benefício monetário ou não-monetário para prover o bem-estar, com recursos oriundos de fundos públicos que podem ser fornecidos, como parte de um direito legal, a pessoas com reduzidas condições de saúde. De acordo com a OMS (2018, p. 46) o acesso a algum tipo de suporte social é realizado em cerca de 85% dos países de alta renda e 11% dos países de baixa renda. Entre as diversas modalidades de suporte, o auxílio financeiro é realizado em 59% dos países.

No Brasil o suporte social foi definido em 2003 com a Lei 10.708/2003 que “institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações” (BRASIL, 2003). Essa ação recebeu o nome de “Programa de Volta pra Casa” (PVC). Trata-se de um auxílio pecuniário mensal para assistência, acompanhamento e reabilitação psicossocial fora de unidade hospitalar. Em 2003 o valor era R\$ 240,00 que, na ocasião, correspondia a um salário mínimo. Esse valor não acompanhou a evolução do salário. Apenas em maio de 2021 houve reajuste no valor conforme determinação da Portaria GM Nº 1.108/2021; desde então o valor passou a ser R\$ 500,00.

Em 2003 o Ministério da Saúde estimava que havia cerca de 15.000 pessoas como potenciais beneficiárias desse programa. Ao longo da primeira década desse

auxílio o número de beneficiários não ultrapassou 1/4 da previsão. Na segunda década do PVC, houve metade da evolução obtida na primeira década. Em dezembro de 2020 havia 4.292 beneficiários desse programa.

**Gráfico 15 - Série histórica de beneficiários do PVC no Brasil**



Fontes: Weber (2021, p. 47); BRASIL (2021, p. 19)

### 7.2.5 - Reabilitação Psicossocial

A aproximação entre as mudanças na assistência em saúde mental e a reabilitação psicossocial possui mais de seis décadas em âmbito internacional. É um conceito polissêmico, não parametrizável e sempre aberto para agregar novos sentidos. Para a *Association of Psychosocial Rehabilitation Services* (apud PITTA, 2016, p. 27), corresponde ao “processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade”. Nos primórdios do debate, o conceito estava relacionado às tentativas de diminuir os efeitos da força cronificadora das ‘estufas de mudar pessoas’ que culminavam com a produção de ‘desabilitação’ e desvantagens sociais para quem sofria o tratamento.

Com o passar do tempo, o conceito vai sendo deslocado do *setting* hospitalar e vai sendo associado às práticas dos serviços comunitários. Nesse sentido, para Pitta (2016, p. 29), “não se trata, porém, de técnicas específicas para populações específicas. Reabilitação Psicossocial é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva”. Para Saraceno (2016, p. 22), a reabilitação é “um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: *habitat*, rede social e trabalho como valor social”. Nessa perspectiva, a reabilitação seria um paradigma, não um procedimento. Para esse autor (idem, p. 20), “isso não é uma tecnologia, isso é uma abordagem, é uma estratégia que implica muito mais que passar do que simplesmente passar um usuário, um paciente, de um estado de ‘desabilidade’ para um estágio de ‘habilidade’”. Para Rotelli (2014, p. 104),

significa “construir (reconstruir) acesso real aos direitos de cidadania, e exercício progressivo dos mesmos, a possibilidade de vê-los reconhecidos e de atuá-los, a capacidade de praticá-los”. Em termos gerais, a reabilitação psicossocial se tornou uma das ‘ideias-força’ da desinstitucionalização enquanto política.

O tema da reabilitação apareceu no relatório da *II CNSM* de 1992, mas de modo bastante genérico apenas como ‘reabilitação social’, sem definição de alcance. O relatório da *III CNSM* abordou o tema de modo mais elaborado e considera um significado mais ecológico, mais sistêmico. Assim, sugeriu-se

garantir que o processo de reabilitação psicossocial contemple ações destinadas à clientela com níveis de autonomia e contratualidade reduzidos. Os dispositivos de saúde devem realizar a intermediação desta clientela com o social e devem primar pela diversidade de atores, inscrevendo-se no âmbito da cidade. As atividades realizadas por estes dispositivos devem ser estruturadas e desenvolvidas na dimensão do cotidiano pessoal e social (BRASIL, 2002, p. 37).

No relatório da *IV CNSM* (BRASIL, 2010, p. 40) o tema apareceu em um tópico específico com orientações para articulação da área de Saúde Mental com o movimento de Economia Solidária e a criação de cooperativas de produção destinadas aos usuários dos serviços de Saúde Mental.

Do ponto de vista teórico-epistemológico esse conceito é largo e polissêmico, mas ele foi assimilado de modo simplista na base normativa da política de saúde mental no Brasil. Na Portaria GM nº 3.088/2011, a reabilitação psicossocial foi transformada num ‘componente’ da RAPS, prevendo as cooperativas sociais como único ‘ponto de atenção’. O art. 12º dessa portaria define esse ‘componente’ do seguinte modo:

§ 1º As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares (BRASIL, 2011).

Há dois aspectos que demandam atenção na formulação dessa política especificamente. Em primeiro lugar, ocorreu um afinilamento teórico-epistemológico, o que Pitta (2016, p. 10) caracteriza como um “empobrecer desse conceito amplo”; em segundo lugar, até o momento não há garantia orçamentária estável para o financiamento dessa ação –as cooperativas sociais da saúde mental-, o que a torna

inconstante, descontinuada, imprevisível e acessória. Historicamente o custeio dessas atividades aconteceu através de processos de editalização.

Quanto ao estreitamento conceitual configurado na Portaria GM nº 3.088, o Ministério da Saúde (2016, p. 71) ponderou que “iniciativas relacionadas à cultura, arte, esporte, lazer e habitar desenvolvidas em diferentes pontos de atenção da RAPS e da rede intersetorial também compõem a reabilitação psicossocial”.

Evidentemente o agenciamento de energia política e social para viabilizar a inserção econômica é um advento de relevância extraordinária para um processo de desinstitucionalização. Seria uma das estratégias de ruptura com os mecanismos de exclusão social que tanto contribuíram para o fortalecimento do modelo manicomial. Seria uma forma de superar os mecanismos de (re)produção de pobreza econômica que historicamente estiveram associados à loucura. Além disso, na perspectiva do conceito ampliado de saúde, corresponderia a uma forma de reparar a histórica fratura que existe entre o universo do trabalho/renda e da assistência em saúde. Portanto, a relevância do tema para o campo da saúde mental foi inversamente proporcional ao lugar que ele ocupou na formulação da política, tanto em termos normativos quanto em termos orçamentários.

O boletim ‘*Saúde mental em dados nº 8*’ de 2011 da CGSMAD informou o número de empreendimentos existentes registrados no *Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho*. Embora sendo estratégico para a reabilitação psicossocial, o número de empreendimentos desse tipo não acompanhou quantitativamente a expansão dos serviços de saúde mental, a exemplo dos CAPS. Até 2010 o Ministério da Saúde conseguiu apoiar financeiramente 388 iniciativas. A rigor, não há parâmetros para definir essas ações.

O último levantamento sobre empreendimentos econômicos solidários e iniciativas de geração de trabalho e através do Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST) foi realizado em 2013. Esse cadastro era vinculado à Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES) que integrava o Ministério do Trabalho e Emprego. Em 2012 e 2013 foram lançados, por edital, chamadas de seleção de projetos de reabilitação psicossocial e de protagonismo social de usuários e familiares da RAPS com repasse de incentivo financeiro em uma só parcela. Em 2012 foram selecionados 101 projetos com custo previsto de R\$ 3.000.000 (três milhões); em 2013 a quantidade de projetos e o valor previsto foram repetidos.

Em 2015 a CGSMAD lançou a ‘V Chamada de Reabilitação Psicossocial e de Fortalecimento’. Esse foi o último edital de financiamento federal para essas atividades. Foram selecionados 133 projetos. O número de projetos aprovados foi cerca de 11,7% do número de empreendimentos identificados naquele ano. O edital previa destinação orçamentária de R\$ 3.470.000,00 (três milhões, quatrocentos e setenta mil reais) (BRASIL, 2016, p. 73). No ano de 2015 a política de saúde mental teve gasto final aproximado de R\$ 2.470.220.000,00<sup>96</sup> (dois bilhões, quatrocentos e setenta milhões, duzentos e vinte e dois mil reais) (WEBER, 2021, p. 41). O financiamento dos empreendimentos sociais e de economia solidária representou apenas 0,14% do total gasto da política de saúde mental no ano de 2015.

Apenas para fins comparativos, a tabela abaixo apresenta a expansão dos CAPS e dos empreendimentos de economia solidária em uma década até 2015, último ano de fomento para essas iniciativas. Poucos empreendimentos desse cadastro receberam algum apoio financeiro do Governo Federal.

**Tabela 15** - Comparação entre número de empreendimentos de geração de renda em saúde mental cadastrados e número de CAPS habilitados entre 2005 e 2015<sup>97</sup>

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2015
Nº Empreendimentos de economia solidária	151	239	256	345	380	640	640	660	1.008	1.137
Nº CAPS habilitados	738	1.010	1.155	1.331	1.441	1.560	1.686	1.898	2.062	2.314

Fonte: BRASIL (2011, p. 14); BRASIL (2016, p. 74) CNES (2021)

Há no ordenamento jurídico brasileiro uma legislação específica para as Cooperativas Sociais para pessoas em situação de desvantagem de inserção no mercado de trabalho por alguma deficiência física ou mental, dependentes químicos ou egressos do sistema prisional. Essa lei é de autoria de Paulo Delgado, também autor do projeto de lei da Reforma Psiquiátrica. A Lei 9.867, de 10 de novembro de 1999, “dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica” (BRASIL, 1999). Contudo, mesmo tendo havido esforços para operacionalização, essa Lei não conseguiu a consolidação da política.

Importantes iniciativas aconteceram em função da ascensão que a economia solidária obteve no governo Lula. A partir de 2004, a CGSMAD passou a dialogar regularmente com a Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), órgão do

<sup>96</sup> Esse valor é a soma dos gastos com serviços comunitários (R\$ 2.107.820.000,00) e serviços hospitalares (R\$ 362.400.000,00).

<sup>97</sup> Não foi localizada nenhuma informação referente ao ano de 2014 em nenhum dos relatórios parciais da CGSMAD.

Ministério do Trabalho e Emprego. Com essa parceria interministerial, em 2005 foi constituído o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária. Várias tentativas de sistematização ocorreram entre 2005 e 2015. Com o impeachment de 2016, ocorreram profundas alterações que gradativamente foram despotencializando o apoio oficial à política de economia solidária.

O ciclo dessa política perpassou os dois governos Lula e os dois governos Dilma. No governo Temer, a SENAES perdeu o status de secretaria e passou a ser uma sub-secretaria, tendo como consequência uma significativa queda orçamentária. Em 2019, já no governo Bolsonaro, com a extinção do Ministério do Trabalho, a SENAES foi transferida para o Ministério da Cidadania, sendo também extinta por decreto presidencial. Algumas funções da SENAES foram agrupadas com as atribuições da Secretaria de Inclusão Produtiva Urbana, ficando restritas às questões da assistência social e renda. Com isso, ocorreu um desmantelamento da política de economia solidária tanto no sentido conceitual quanto no sentido orçamentário. Desde 2016 não há registro de interlocução com a política de saúde mental.

Como dito, a reabilitação psicossocial não se restringe à questão da renda. Nesse sentido, as atividades relacionadas à arte-cultura e convivência são ações reconhecidas como muito importantes para a promoção da saúde e a atenção integral. Mesmo como o reconhecimento da relevância dessas atividades, não há uma política específica que garanta sistematização e financiamento continuados, as iniciativas de subsídio foram pontuais, editalizadas, com alcance de um pequeno número de atividades. Em 2009, a Secretaria da Identidade e da Diversidade Cultural do Ministério da Cultura, em parceria com o Ministério da Saúde, representado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), publicizou o edital do ‘I Prêmio Cultural Loucos pela Diversidade 2009 - Edição Austregésilo Carrano’ para premiar iniciativas artísticas relacionadas ao campo da saúde mental. Desse processo 55, iniciativas foram contempladas com um pequeno valor em dinheiro. Esse edital não teve continuidade.

Outro dispositivo reconhecido como importante para reabilitação/reinserção psicossocial é o “Centro de Convivência”. Esses serviços estão previstos na Portaria da RAPS como pontos de atenção do ‘componente Atenção Básica’. Entretanto, de acordo com Brasil (2016, p. 42), “no âmbito das políticas ministeriais, não há, atualmente, portaria específica, ou mecanismo legal para repasses financeiros que viabilizem sua implantação e custeio. Esta pauta não assumiu caráter prioritário entre as ações desenvolvidas pela Atenção Básica”. Segundo Weber (2021, p. 8), “não há diretrizes

específicas ou mecanismos legais para repasses financeiros federais que viabilizem a implantação e o custeio desses equipamentos. Quando existem, os CC são financiados por estados e municípios”. De acordo com essa autora (idem, p. 24), no último levantamento realizado em 2008, havia 51 Centros de Convivência em atividade<sup>98</sup>.

### **7.3 - Considerações sobre a reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil**

A reforma psiquiátrica brasileira é um amplo e complexo processo de transformação da assistência e do imaginário social sobre a loucura. O presente estudo propôs-se a abordar duas de suas dimensões de acordo com o modelo lógico da política: a dimensão político-gerencial e a dimensão técnico-assistencial, considerando suas imagens-objeto a reorientação do modelo assistencial e a atenção integral em saúde mental, respectivamente. Obviamente há vários outros aspectos constitutivos desse processo, mas não foram objetivo dessa pesquisa, a exemplo da dimensão sociocultural.

O grande desafio para a análise da política de saúde mental brasileira é a identificação da sua configuração em termos de processos, de ofertas e de alcances. Em primeiro lugar, a reforma psiquiátrica não se resume ao processo da diminuição de leitos psiquiátricos em hospitais especializados; em segundo lugar, a RAPS não se restringe à oferta de CAPS; em terceiro lugar, o Brasil tem diversidade geográfica e populacional que efetivamente desafia a existência de um modelo replicável, ainda que não prescindia dele. Há dificuldades de estabelecer indicadores e padrões. Essa dificuldade se amplia porque há ações que não são caracterizadas de acordo com os moldes típicos de um serviço de saúde convencional. A RPB conseguiu alcançar parte significativa do que estava posto na constituição da agenda, mas continuam existindo lacunas e impasses.

---

<sup>98</sup> Esse número está possivelmente defasado. Em levantamento rápido assistemático realizado em sites institucionais dos quatro estados com maior população verificou-se os seguintes números: São Paulo tem 34 Centros de Convivência; Minas Gerais tem 47 unidades; Rio de Janeiro tem 9 unidades; Bahia tem 1 unidades. Nesse rápido levantamento foram identificadas 91 unidades.

São Paulo - <https://www.crpsp.org/uploads/impresso/93/tLLJogKTvnMyl1pSqa07XS5cUpycXgTX.pdf>

Minas Gerais - <https://www.saude.mg.gov.br/ngc/story/11159-ses-mg-reforca-a-importancia-do-dia-da-luta-antimanicomial>

Rio de Janeiro - <https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2020/09/centro-de-convivencia-virtual-atencao-psicossocial-a-distancia>

Bahia - <http://telessaude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/APRESENTA%C3%87%C3%83O-WEBPALESTRA-vers%C3%A3o-final-21-01.pdf>

Mesmo com desafios estruturais, a RPB pode ser considerada uma das maiores experiências mundiais. O Brasil ocupa a 6ª colocação entre as sete nações com população superior a duzentos milhões de habitantes (China, Índia, EUA, Indonésia, Paquistão, Brasil, Nigéria). Entre esses países, somente dois conseguiram deflagrar processos de reforma em seu sistema de assistência em saúde mental: os EUA e o Brasil. No caso dos EUA a política desenhada favoreceu a expansão dos ‘*outpatient mental health facilities*’, os ambulatorios de saúde mental, centrados nas consultas médicas, onde os usuários permanecem no máximo por 3 três horas a cada visita. Esses serviços correspondem a 41,9% da rede de assistência à saúde mental daquele país. Os ‘*community mental health centers*’ somam 2.682 unidades, equivalendo a 21,5% dos serviços disponíveis no sistema de saúde mental (SAMHSA, 2019, p. 42). Os ‘Centros Comunitários de Saúde Mental’ funcionam de modo semelhante aos CAPS brasileiros. Os demais países desse grupo não fizeram reformas em seus sistemas de saúde mental, ou não alcançaram a extensão dos EUA e do Brasil. Comparando esses dois países no indicador de ‘centros comunitários’, constata-se que o Brasil possui um número maior desses serviços, mesmo com população e financiamento menores que os números daquele país. Importa considerar que, no caso dos EUA, não há um sistema público de saúde que garanta universalidade e integralidade; logo, há limites na equiparação entre esses dois países. O Brasil possui o diferencial da articulação de uma rede dos serviços públicos que atuam com um certo grau de coordenação.

Diante do exposto, pode-se considerar a experiência brasileira como uma das maiores do mundo. Ao analisar as grandes reformas psiquiátricas atuais, Saraceno (2020, p. 30) destaca a Itália e o Brasil como exemplos de países que conseguiram desequilibrar o investimento em favor dos serviços comunitários e em desfavor do modelo hospitalocêntrico manicomial. O ‘guia de orientações sobre serviços comunitários’ organizado pela OMS apresentou a experiência brasileira como um exemplo bem-sucedido de implantação de uma política escala ampliada. De acordo com a OMS (2020, p. 155),

as redes comunitárias de saúde mental do Brasil oferecem um exemplo de como um país pode implementar serviços em grande escala, ancorados nos direitos humanos e nos princípios de recuperação. Operando sob o Sistema Único de Saúde (SUS), a rede de serviços integrais, inclusive de base comunitária, centros de saúde mental são um produto das poderosas reformas psiquiátricas iniciadas durante o final da década de 1970, que mudaram o foco do tratamento dos hospitais para as comunidades, dentro de um quadro legal e regulamentar<sup>99</sup>.

---

<sup>99</sup> Tradução livre.

A RPB afirmou a possibilidade da superação do antigo modelo. Segundo Desviat (2018, p. 14), é inegável as conquistas obtidas desse processo; “as melhoras assistenciais e nos direitos humanos e de cidadania das pessoas em sofrimento psíquico. São evidentes as vantagens da desinstitucionalização e da criação de recursos nas comunidades, por muito que ainda persistam enormes lacunas [...]”. Amarante e Nunes (2018, p. 2072) entendem que, “em que pese eventuais críticas e comentários, por vezes necessários e justos, à condução da política, é importante reconhecer muitos avanços ocorridos na RP brasileira”. Onocko-Campos (2019, p. 1) afirma que “é inegável que a redemocratização e o processo da Reforma Psiquiátrica permitiram a criação de redes assistenciais ao longo e ao largo do país com grande expansão de serviços comunitários”. Nunes *et al.* (2019, p. 4491) consideram que “a RPB representou uma memorável conquista social e um avanço civilizatório”. Ao longo desse processo de construção “a reforma pôde ser apresentada como um movimento exitoso que mudaria a forma de assistência em saúde mental e beneficiaria uma quantidade expressiva de pacientes que saíram dos manicômios para as Residências Terapêuticas” (OLIVEIRA & SZAPIRO, 2020, p. 16).

Dois dos principais propósitos foram alcançados: redução de leitos e ampliação da oferta e diversificação dos serviços comunitários. A legislação construída não explicitou a extinção dos hospitais psiquiátricos de modo declarado; além do mais, não entrou como propósito em nenhum dos planos de governo ao longo desse período. Portanto, essa era uma condição ausente do marco legal de referência da política, ainda que subtendida como desejo dos agentes da luta antimanicomial.

Como dito por Matus (1996, p. 32), em política pública o “plano é o cálculo que precede e preside a ação”. Esse autor (*idem*, p. 14) considera que “planejar é sinônimo de conduzir conscientemente, não existirá então alternativa ao planejamento. Ou planejamos, ou somos escravos da circunstância”. Sendo o plano o cabo-guia da execução da política, todas as alternativas e linhas de ação devem ser explicitadas evitando-se o risco da deriva ou das inevitáveis disputas no decorrer da implantação de uma intervenção complexa e ambiciosa, como é o caso da RPB. Para Howllet, Ramesh e Perl (2013), o que acontece nas etapas iniciais de montagem da agenda e de formulação da política é decisivo para os *outcomes* da política que se quer implementar. O que não está explicitado aí nessa fase tem pouca chance de ser transformado em meta. Uma vez que o plano é um cálculo que prevê um cenário futuro, os resultados ou

desfechos deverão estar próximos do que foi assimilado pela agenda e inserido na formulação da política. A política de saúde mental brasileira previu reduzir leitos; a extinção dos hospitais psiquiátricos não foi objetivamente contemplada na formulação. Saraceno (2020, p. 30) considera que um dos ‘nós’ identificados no modelo de reforma psiquiátrica adotado em países anglo-saxões foi uma espécie de “*balanced care*, ou seja, um pouco de hospital psiquiátrico e um pouco de saúde mental comunitária, para não incomodar ninguém”. Nesses países também não estava prevista a extinção dos hospitais psiquiátricos da mesma forma como se pretendeu na Itália. O modelo *balanced care* é um modelo híbrido e repleto de lacunas, a exemplo da indefinição sobre onde os leitos devem ser ofertados. Esse é um dos ‘nós críticos’ do Brasil desde a Lei 10.216/2001 que se agravou com a Portaria GM nº 3.588/2017. Por um lado, a Lei 10.216/2001 não determina a extinção dos hospitais psiquiátricos; por outro lado, a Portaria GM 3.588/2017 reconhece o hospital como ponto de atenção da RAPS, mas não impõe obstáculo objetivo para o seu descredenciamento.

Nessas contradições formais ocorrem as batalhas entre agentes que disputam o campo. Contudo, um juízo mais assertivo pode ser obtido com a interpretação precisa da Portaria GM nº 3.088/2011 quando designa em seu 11º art. que

§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011).

Ao pé da letra, esse parágrafo 2º condiciona o uso do hospital psiquiátrico apenas para os contextos onde a RAPS não foi implantada ou expandida. Um novo impasse pode surgir referente à interpretação do que seria considerado o status de “suficiente” uma vez que persiste a ausência de consenso sobre os parâmetros, o tipo de serviço prioritário e os diferentes contextos. Mas, para definitivamente superar o debate sobre os hospitais psiquiátricos como possibilidade assistencial, a OMS aponta uma direção que não permite abertura para dubiedade. Categoricamente a “OMS recomenda que os hospitais psiquiátricos sejam encerrados e substituídos por serviços nos hospitais gerais, serviços de saúde mental comunitários e serviços integrados nos cuidados primários” (OMS, 2009, p. 21). Portanto, a partir dessa orientação da OMS, a “suficiência ou insuficiência” dos serviços comunitários torna-se um falso dilema uma

vez que a assistência hospitalar em saúde mental deverá, em todo caso, ser prestada por hospitais gerais, não mais em hospitais psiquiátricos.

A RPB é um processo social complexo, com um alicerce profundo e consistente, mas inconclusa. Alguns dos impasses são os seguintes:

1) há lacunas estruturais na quantidade e na distribuição de alguns serviços. É baixa a quantidade de CAPS IA, CAPS AD, CAPS III e CAPS AD III. Não há justificativa plausível para que as cidades com população superior a 150.000 habitantes continuem priorizando a implantação de CAPS tipo II. Não há justificativa razoável para a não requalificação dos CAPS II das grandes cidades. Do mesmo modo, a inexistência de fomento a ações de saúde mental em municípios de pequeno porte continua sendo uma significativa omissão ou, ao menos, uma fragilidade; são 3.251 municípios com população inferior a 15.000 pessoas, representando 58,4% dos municípios brasileiros, a maioria desses municípios não tem serviços especializados em saúde mental. Juntos, esses municípios somam 22.549.606 habitantes. No que diz respeito ao demais pontos de atenção, ações fundamentais como espaços de cultura e convivência continuam periféricos e há fissuras na relação entre a Rede de Urgência e Emergência e os serviços especializados da RAPS.

2) O financiamento da política de saúde mental continua sendo insuficiente. Trapé & Onocko-Campos (2017, p. 3) reconhecem que, na primeira década de implantação da política, houve aumento real do gasto, mas “o financiamento em saúde e específico em saúde mental são insuficientes”. A OMS constatou que os países de alta renda gastam com saúde mental aproximadamente 5% do orçamento da saúde, o Brasil orbitou em torno de 2,3% (idem, p. 5), mas teve acentuada queda a partir de 2016 chegando a 1,6% naquele ano (OLIVEIRA, 2017, p. 199). A OECD (2021, p. 200) divulgou os gastos governamentais totais com saúde mental como porcentagem dos gastos totais do governo com a política de saúde mental dos países membro. Viu-se uma clara variação nos níveis de gastos com saúde mental no ano base de 2018, mas todos acima do gasto médio do Brasil. O menor gasto foi 4% constatado na Estônia, na Grécia e na Polônia. Cinco países (Reino Unido, Canadá, Alemanha, Noruega, França) relataram gastar mais de 10% com saúde mental. A Noruega gastou 13,5% e a França 15%.

A política de saúde mental no Brasil sofria de subfinanciamento crônico. Esse problema persistiu durante o ciclo ‘progressista’ e foi agravado com a contrarreforma a partir de 2016. Weber (2021, p. 43) constatou que, entre 2016 e 2019, “houve baixo

incremento do número de CAPS financiados pelo Ministério da Saúde, havendo também uma interrupção temporária de financiamento de serviços de base comunitária e um aumento expressivo no valor de diárias hospitalares”. O custeio dos CAPS encontra-se numa situação de grave defasagem. O valor do repasse foi definido pela Portaria GM nº 3.089/2011 e não há reajuste desde então, permanecendo o mesmo ao longo período de 10 anos. A soma da inflação anual entre dezembro de 2011 e dezembro de 2021 pelo Índice de Preço ao Consumidor Amplo/ IBGE acumula 67,89%. Sem reajuste no repasse federal para o custeio dos serviços, os municípios estão tendo de arcar com as perdas inflacionárias. Além disso, não há financiamento para os empreendimentos sociais, centros de convivência, etc.

3) a intersetorialidade (políticas de Assistência Social, políticas de Educação/formação, políticas de mobilidade, etc.) tem baixa presença nos instrumentos de gestão.

4) a educação continuada e educação permanente para saúde mental ocorreu de modo incerto em termos de oferta e de orçamento.

5) em relação aos Hospitais de Custódia e Tratamento (HCT) a RPB só conseguiu avanços tímidos. O tema do ‘louco infrator’ continua num horizonte distante do ideário reformista.

6) A política sobre drogas foi assimilada tardiamente pela política de saúde mental. Historicamente a agenda da política sobre drogas foi conduzida pelo Ministério da Justiça e da segurança institucional do Gabinete Institucional da Presidência da República. Entre meados da década de 1970 e meados da década de 2000, a referência normativa era a Lei Federal Nº 6.368 de outubro de 1976 que definia medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes que causam dependência física ou psíquica. Essa Lei nivela ações de prevenção e de repressão como se fossem idênticas. Contudo, dos seus 47 artigos somente 4 abordavam temas da prevenção e tratamento. A atenção clínica estava dirigida aos quadros de dependência e a solução terapêutica indicada era o internamento. Em 2003 o Ministério da Saúde publicou um texto base com os marcadores da Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, apontando a necessidade de transversalização do tema, ao invés da clássica binarização. O debate se inclinou para a superação da perspectiva da abstinência dominante ao longo de todo o século XX; o documento apontou a ‘redução de danos’ como possibilidade política e de cuidado. Em 2006 a Lei Federal 11.343 revogou a legislação anterior e instituiu o Sistema Nacional de Políticas

Públicas sobre Drogas (SISNAD) com alguns efeitos legais, a saber: a) essa Lei prescreve ações de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; b) com muitas lacunas na forma jurídica, aponta para a despenalização do uso de drogas sem que isso fosse equivalente a descriminalização; c) tentou-se diferenciar o uso e o tráfico, mas nunca houve consenso sobre critérios objetivos para diferenciar o status jurídico do usuário e do traficante.

Assim como a Lei 10.216, agentes sociais disputaram os ‘sentidos’ e a condução da política sobre drogas. A rede assistencial especializada em saúde é pequena e de lenta evolução. O número de CAPS AD tipo II ou III é insuficiente; há importante resistência ao acolhimento a usuários na atenção primária, como demonstrado na avaliação do PMAQ-AB realizada por Sanine & Silva (2020, p. 5). Ao longo do século XX a política foi sendo desenvolvida de modo fragmentado, descoordenada e com prevalência das ações do Ministério da Justiça historicamente caracterizadas pela ideologia antidrogas (proibicionismo e guerra às drogas). A SENAD, criada no Governo Fernando Henrique Cardoso, foi alocada no Ministério da Justiça e lá permanece até o momento atual.

Em 2010 o governo Lula instituiu o ‘Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas’ por meio do qual buscou-se constituir um gabinete interministerial para tentar constituir ações coordenadas e, assim, reduzir a fragmentação da política. O governo Dilma deu continuidade ao ‘Plano’, estendendo-o por quatro anos. O ‘Plano’ passou a ser conhecido como plano ‘Crack, é possível vencer’. A intensificação do debate sobre o tema abriu uma janela de oportunidade política para a formalização das CT’s. Gradativamente, o paradigma da abstinência voltou a ocupar posição central na organização das ações. A acessão da retórica conservadora e teológica nos governos Temer e Bolsonaro sedimentou contrarreformas na política sobre drogas com a promulgação da Lei Federal 13.840 de junho de 2019 que desmonta a estrutura participativa do SISNAD e resgata as *doxas* do paradigma da abstinência e do proibicionismo e as impõe como norteadores da ‘nova política’ sobre drogas (NUNES *et al.*, 2019; CRUZ, GONÇALVES e DELGADO, 2020).

Em 2019 foi criada a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às drogas (SENAPRED) vinculada ao Ministério da Cidadania. Com isso, a política sobre drogas passa a ser dividida entre a SENAD e a SENAPRED. Desde sua origem, a SENAPRED tem sido conduzida por um ex-coordenador da CGSMAD do ciclo contrarreformista das gestões Temer/Bolsonaro. Em fevereiro de 2020, o Tribunal de Contas da União

apresentou o relatório de uma auditoria operacional com avaliação dos atos de gestão das ações relacionadas ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIECOD) instituído pelo Decreto 7.179/2010. O relatório conclui que “não há plano nacional sobre drogas em vigor. O PIECOD, instituído em 2010 para esse fim, não foi efetivamente implementado” (TCU, 2020, p. 22). Diante disso, o TCU determinou que a SENAD apresentasse um ‘Plano Nacional de Políticas Sobre Drogas’ em até dois meses. A SENAD apresentou um esboço de ‘Plano’, mas o Ministério da Saúde e a CGSMAD não aparecem como coautores do documento.

Embora o Ministério da Saúde seja o maior ordenador de despesas do Governo Federal em relação à política sobre drogas, o valor destinado a essa área entre 2005 e 2020 foi baixo. De acordo com o IPEA (2021, p. 29), “o total aplicado em ações relacionadas à questão das drogas pelo Ministério da Saúde ao longo desses 15 anos foi de R\$ 7,3 bilhões, o que representa 0,44% do total aplicado pelo órgão”.

O tema das drogas psicoativas continua sendo um desafio para a política de saúde mental em vários aspectos: a) o uso de drogas recreativas é um acontecimento regular na sociedade brasileira. No último grande ‘Levantamento Nacional de Uso de Drogas’, verificou-se que cerca de 3/4 da população brasileira consumiu álcool ao menos uma vez na vida; a prevalência do uso dessa substância nos últimos 30 dias foi de 30,1%, representando cerca de 46 milhões de habitantes; a prevalência do consumo em *binge drink* (beber se embriagando) foi 16,5%; aproximadamente 2,3 milhões de pessoas de 12 a 65 anos apresentaram critérios compatíveis com o diagnóstico de dependência (BASTOS, *et al.* 2017, p. 79). De acordo com a OPAS/OMS (2018, p. 21) o uso do álcool como condição isolada é responsável por 0,66 anos perdidos por incapacidade (APD). Embora apresente baixa mortalidade, o uso de álcool e outras drogas são importantes determinantes para outras condições de saúde. b) a disputa entre os paradigmas (abstinência X redução de danos; internamento X tratamento comunitário) repercute diretamente na constituição da rede de serviços; c) o estigma e a criminalização seguem sendo barreiras simbólicas que dificultam o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

## **8 – Caracterização da política de saúde mental na Bahia: passado e presente do modelo assistencial**

A análise sobre a dinâmica da transição do modelo da assistência em saúde mental na Bahia, e especialmente em Salvador, deve considerar as tensões e as contradições desse processo. A ‘história’ da reorientação do modelo assistencial em saúde mental na Bahia reproduz os conflitos da ordem social e política que constituíram a sociedade baiana e fossilizaram um determinado modelo de ‘Estado’ que historicamente está em conformidade com as regras dos agentes de maior capital econômico e social. No microespaço social da Bahia, a Reforma Psiquiátrica é a consequência de uma tensão no campo político protagonizada por agentes sociais com projetos antagônicos. Bourdieu (1989, p. 194) definiu o campo político como “o lugar em que se geram – na concorrência entre os agentes que nele se acham envolvidos – produtos políticos, problemas, programas, análises, comentários, conceitos, acontecimentos [...]”. Com inspiração na perspectiva bourdieusiana, pode-se considerar que a reorientação do modelo assistencial em saúde mental na Bahia reedita a lógica de um campo de forças, um campo de lutas com vistas a transformar a correlação de forças ou redistribuição dos capitais. A desigualdade na repartição dos instrumentos que estruturam o campo confere o motivo da batalha. Novamente, como alerta Bourdieu (idem, p. 193), a análise da luta política deve ser fundamentada nos determinantes econômicos e sociais que caracterizam a divisão do trabalho político para que não se naturalizem os mecanismos sociais reprodutores da separação entre “[...] ‘agentes politicamente ativos’ e os ‘agentes politicamente passivos’ e a constituir em leis eternas as regularidades históricas válidas nos limites de um estado determinado da estrutura da distribuição dos capitais”.

Parte das lutas travadas ao longo da história de um campo sofre o efeito da “amnésia da gênese”. O antídoto para esse problema implica em desbanalizar a amnésia dos processos, num esforço que permita voltar aos debates iniciais que podem recuperar as condições do jogo social e as disposições dos agentes que nele se inseriam. Nesse sentido, torna-se relevante resgatar a história e sua evolução. Como ocorreu no restante do Brasil, a Reforma Psiquiátrica na Bahia não extinguiu os hospitais psiquiátricos. A “carta de Piatã”, importante documento produzido no ‘I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial’ realizado em Salvador em 1993, apontava para o propósito da extinção

dos hospitais psiquiátricos até o ano 2000. Entre o propósito dos agentes sociais reformistas e as resistências dos grupos conservadores o saldo que pode ser visto atualmente é uma política de saúde mental que reduziu os leitos em hospital psiquiátrico, mas não conseguiu superar os hospitais psiquiátricos, reproduzindo a lógica do modelo misto/híbrido conforme apontada por Desviat (1999), ou a lógica de uma “solução parcial” como criticada por Basaglia (2005, p. 160).

Em que pesem as forças conservadoras contrárias, uma observação cuidadosa permite reconhecer que a Bahia tem também uma tradição sensível aos grandes movimentos reformistas no campo da saúde mental, desde o período da criação do Asilo de Alienados São João de Deus, considerado à época como a condição de estreia da Bahia na modernidade assistencial. Em toda a extensão desse percurso em um século e meio verifica-se que alguns dos mais destacados reformistas brasileiros tiveram alguma relação com a assistência em saúde mental nesse estado, a exemplo de: Juliano Moreira (1972 – 1933), Luiz da Rocha Cerqueira (1911 – 1984), Nise da Silveira (1905-1999), entre outros. Ainda nos primeiros momentos do aquecimento da luta contra os manicômios entre as décadas de 1970 e 2000 a Bahia recebeu ilustres visitantes internacionais influentes no campo da psiquiatria tais como: Michel Foucault, Franco Rotelli. Em 1978 Franco Basaglia esteve em Salvador a convite da APB. Essa visita foi registrada no Boletim do Hospital Juliano Moreira vol. 97 nos seguintes termos:

em outubro de 1978 esteve neste hospital o Dr. Franco Basaglia, psiquiatra italiano, mentor de reformulações estruturais na Assistência Psiquiátrica Italiana. A nova política sanitária italiana define o tratamento como voluntário e para os casos de tratamento obrigatório e internação foram estipulada uma série de trâmites legais objetivando proteger os direitos dos doentes. (apud NASCIMENTO, 2019, p. 175).

A cidade de Salvador teve lugar de destaque na história das lutas no campo da saúde mental. Nela surgiram importantes eventos e instituições proativas na Reforma Psiquiátrica. No ano de 1953 o Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia, hoje denominado Hospital Universitário Professor Edgard Santos, criou o primeiro Serviço de Psiquiatria em hospital geral no Brasil. Esse serviço foi fundado pelo Dr. Nelson Pires que foi um psiquiatra comprometido com tentativas de humanização da assistência. Nas duas últimas décadas do século XX a Associação Psiquiátrica da Bahia (APB) foi uma importante expoente nacional em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira; muitos dos seus integrantes contribuíram decisivamente nas duas primeiras

Conferências Nacionais de Saúde Mental bem como na formulação da agenda da saúde como um todo.

A rigor, o ‘movimento psiquiátrico’ baiano da geração de meados da década de 1970 teve influência decisiva nos rumos do movimento sanitário em âmbito estadual com forte impacto nas bases da Reforma Sanitária em âmbito nacional. De acordo com Molesini (2011, p. 112), ao retornar de Londres depois de uma pós-graduação em psiquiatria social, o professor Luiz Umberto Ferraz Pinheiro, docente do departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal da Bahia, aglutinou um conjunto de atores sociais com os quais se iniciou a crítica ao modelo psiquiátrico e ao modelo da saúde pública do modo como estava configurada. Desse processo participaram, dentre outros, os professores Jairnilson Silva Paim e Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva, notórios por suas contribuições no processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Molesini (idem, ibidem) estudou a história da constituição da Reforma Sanitária da Bahia. Essa autora considera que a participação ativa de representantes da psiquiatria da geração da segunda metade da década 1970 é o marco do “Movimento Sanitário no estado”. A APB assimilou os grandes debates não só sobre a Reforma Psiquiátrica, mas também sobre a Reforma Sanitária, sobre os determinantes sociais em saúde, sobre a redemocratização do país, etc. Conforme informou Paim (apud MOLESINI, 2011, p. 113) “aqui na Bahia, pelo menos, a Reforma Sanitária nasceu junto com a Reforma Psiquiátrica, depois houve caminhos diversos; mas a origem foi muito, muito presente e de forma conjunta [...]”. Ainda nessa pesquisa de Molesini (idem, p. 120), Paim compreende a gênese das reformas sanitária e psiquiátrica na Bahia da seguinte forma:

[...] eu tenho o CEBES como marco da Reforma Sanitária. E nasce aqui na Bahia, juntamente com a retomada da discussão crítica da Psiquiatria, portanto da APB, Associação Psiquiátrica da Bahia; [...] então eu situaria dessa forma: a Reforma Sanitária nasce com a Reforma Psiquiátrica (na Bahia) e tem o CEBES nacional como referência e o CEBES [...], e o núcleo do CEBES na Bahia, a partir de novembro de (19)76. (PAIM, entrevista em 01/12/2010, apud MOLESINI, idem, ibidem)

A APB foi um ator institucional relevante e, até metade dos anos 2000, nutriu alguma colaboração com a reorientação do modelo assistencial na Bahia. De acordo com Rabelo, Modesto & Modesto Neto (1996/1997, p. 40) “há mais ou menos duas décadas, qualquer movimento ou reforma no campo da saúde mental, na Bahia, era feito pelos psiquiatras”, o que indica que essa instituição não tinha uma posição contrária à Reforma Psiquiátrica no início do processo.

Em 1978 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em articulação conjunta com o CEBES, organizou em Salvador uma Comissão de Saúde Mental, uma das primeiras do Brasil. Ao longo da década de 1980 a reforma psiquiátrica na Bahia tinha na APB um importante aliado institucional. Depois de ter sido presidente da APB no final da década de 1970, o professor Luiz Umberto foi eleito deputado estadual; posteriormente tornou-se secretário estadual de saúde no governo de Waldir Pires entre 1987 e 1989, o que fortaleceu as condições institucionais para a mudança do modelo assistencial, ainda que ela não tenha acontecido durante esse momento.

Em 1990 foi criado em Salvador o Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios (NESM), um dos primeiros núcleos de estudo do Nordeste. O núcleo encontra-se atualmente ativo, mas com atividades reduzidas. Em 1993 o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial realizado na praia de Piatã em Salvador apresentou os apontamentos do movimento antimanicomial brasileiro e a conclamação para uma sociedade sem manicômio a partir do ano 2000, conforme consta na “Carta de Piatã”. No entremeio da década de 1990 foi criado o MOUSM – Movimento de Usuários de Saúde Mental – que era um agrupamento constituído por ex-internos dos hospitais psiquiátricos e seus familiares. O MOUSM esteve atuante até 2004, ano do falecimento de Eduardo Araújo, seu fundador.

Em 1985 o Professor Antônio Nery Filho criou o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), um dos primeiros ambulatorios do país especializado em acolhimento às pessoas que usam drogas. Dessa experiência se iniciou também uma das primeiras políticas do país com foco na redução de danos para usuários de drogas injetáveis. No começo da década de 1990 o professor Nery e sua equipe iniciaram um programa de extensão ao qual denominaram de “Consultório de Rua”. Essa foi uma experiência inovadora na política local para o cuidado às pessoas em situação de rua. Posteriormente foi transformado em política nacional.

Por volta de 2006 iniciou-se a organização da “Parada do Orgulho Louco”, uma das primeiras grandes atividades socioculturais do Brasil inseridas nacionalmente na agenda de mobilizações do dia da luta antimanicomial. Em maio de 2007, em decorrência da experiência do MOUSM, foi constituída a Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares do Sistema de Saúde Mental do Estado da Bahia (AMEA), entidade que atua no âmbito da proteção dos usuários/as e no controle social institucional com participação em diversos Conselhos de Saúde. Em 2007, por ocasião de um encontro nacional da ABRASCO, nasceu em Salvador a Associação Brasileira de

Saúde Mental (ABRASME) que atua em âmbito nacional na defesa dos direitos humanos e da reforma psiquiátrica. Há vários grupos organizados em diferentes regiões do estado que acompanham a política de saúde mental fazendo com que o debate seja interiorizado (Itapetinga, Vitória da Conquista, Ilhéus/Itabuna, Juazeiro, Feira de Santana, região do Recôncavo, etc.). No âmbito do parlamento desde 2000 a Câmara de Vereadores de Salvador realiza anualmente audiências alusivas ao dia da Luta Antimanicomial. Por fim, importa registrar que muitas das lideranças do movimento antimanicomial da Bahia – entre trabalhadores, usuários, familiares, acadêmicos, etc.- têm atuação destacada nacional e internacionalmente.

Entretanto, também há forças refratárias à Reforma Psiquiátrica. A APB, que nas décadas finais do século passado havia sido uma grande incentivadora da reorientação do modelo, atualmente possui posição manifestadamente contrária<sup>100 101</sup>. Antes dos anos 2000 a APB havia sido protagonista nas lutas pela Reforma Psiquiátrica. De acordo com Nascimento (2019, p. 176), “a Associação Psiquiátrica da Bahia afasta-se do movimento pela reforma psiquiátrica quando este, pela direção do MTSM, radicaliza a crítica ao modelo hospitalocêntrico e inscreve-se como Movimento Antimanicomial”. Além da mudança na APB, o Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB)<sup>102</sup> e o Sindicato dos Médicos (SindMed)<sup>103</sup> também passaram a adotar posições contrárias à Reforma Psiquiátrica. Os primeiros sinais da ruptura das entidades médicas no âmbito

---

<sup>100</sup> Trecho da ata da Reunião Ordinária da ABP em 10 de novembro de 2005, citada no *Boletim NESM*, dezembro de 2005 (Mimeo). Essa fala foi proferida por um membro da ABP que ocupava importante cargo

[...] base de tudo é nossa histórica colonização de ideias que vem de fora, como experiências da Itália ou Estados Unidos que não se adequam a nossa realidade [...]. Diz que a atitude panfletária da Luta Antimanicomial faz com que segmentos como os psiquiatras se retraiam. Insiste em que, por exemplo, nenhum psiquiatra deve dar alta contra sua opinião [...]. Fala também do Hospital Colônia de Feira de Santana que acha que deveria ser preservado. Acha que nós e o Ministério Público temos que ter cuidado com a manipulação, tanto dos gestores públicos como dos empresários do setor. Essa é uma reunião emergencial, e temos responsabilidade pela omissão em enfrentar a Luta Antimanicomial [...].

<sup>101</sup> Sobre a participação da APB na Comissão de Desinstitucionalização na Bahia em 2017, ver Nunes *et al.* (2019, p. 4.495).

<sup>102</sup> Sobre a posição do CREMEB referente ao descredenciamento dos hospitais psiquiátricos na Bahia em 2017, ver matéria do site institucional. Notícia: CREMEB se posiciona contra o fechamento de hospitais na Assembleia Legislativa. Acessada em 20/10/2021. Disponível em: <https://www.cremeb.org.br/index.php/noticias/em-audiencia-na-al-ba-cremeb-se-posiciona-contr-o-fechamento-de-hospitais-psiquiatricos-2/>

<sup>103</sup> Para acompanhar a posição do SindiMed-Ba: Calamidade na assistência à Saúde Mental. Revista Luta Médica - nº 34. Ano 2016/2017 – Nº 34 outubro/fevereiro. Acessada em 09/10/2021. Disponível em: <http://www.sindimed-ba.org.br/wp-content/uploads/2016/10/Revista-34-Entrevista.pdf>

local acompanharam a guinada da ABP em âmbito nacional, mesmo antes da aprovação da Lei Federal 10.216. Eram dois projetos em disputa. As instituições representantes da medicina passaram a defender melhoramentos nos hospitais psiquiátricos para que eles pudessem ser preservados. A ruptura em âmbito nacional ficou explicitada no documento ‘*Diretrizes para um novo Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil*’ lançado em 2006.

A posição das instituições baianas representantes da Medicina se fundamenta nos mesmos argumentos de grupos refratários à reforma psiquiátrica em outros países. Ao avaliar a posição dos segmentos críticos à reforma psiquiátrica nos Estados Unidos, Lougon (2006, p. 149) considera que argumentos desse tipo provêm “[...] do pensamento médico tradicional, em que é patente a defesa dos privilégios corporativos baseados no princípio da autoridade e também o raciocínio de diagnóstico e conduta, lapidar no modelo da medicina geral”. Desviat (1999, p. 80) também reconheceu que a oposição trabalhista e sindical impõe dificuldades para a Reforma Psiquiátrica em vários lugares do mundo, “[...] médicos e psicólogos [...] continuam a sacralizar os hospitais e a desconfiar dos recursos alternativos”.

Esse conjunto de elementos do contexto baiano permite constatar que a reorientação do modelo assistencial resulta da intensa mobilização de agentes sociais que divergem entre si; esses agentes regularmente exercem pressão política e disputam a agenda de formulação das diretrizes da saúde. Portanto, a configuração atual da política de saúde mental é o desfecho resultante desse processo histórico forjado no ‘espaço dos possíveis’ nas diferentes fases desse percurso, desde as primeiras iniciativas assistenciais no século XIX até o momento atual.

A assistência psiquiátrica especializada na Bahia foi iniciada em 1874 quando a Santa Casa de Misericórdia fundou a primeira instituição exclusiva para os loucos, o *Asilo São João de Deus*. O último grande hospital psiquiátrico baiano foi inaugurado em 1971 na cidade de Itabuna, região sul. Essa instituição, de natureza privada, esteve conveniada à assistência pública até 2015 quando foi descredenciada do SUS. No intervalo de aproximadamente um século existiram 11 hospitais psiquiátricos na Bahia (2 unidades eram centros de saúde com leitos psiquiátricos) e 1 Hospital de Custódia e Tratamento (HCT). O município de Salvador abrigou 7 dessas instituições, 2 delas funcionavam como centros comunitários. Salvador tem também um HCT<sup>104</sup> de referência estadual. No final da década de 1990, o Centro Comunitário Mário Leal foi

---

<sup>104</sup> Ver “Quadro 2”

transformado em um hospital de pequeno porte com 30 leitos, fazendo com que Salvador passasse a dispor de mais uma unidade hospitalar.

Desde sua fundação até o ano de 1912 o *Asilo São João de Deus* havia sido administrado pela Santa Casa de Misericórdia. Entre 1882 e 1911 a instituição foi dirigida por ‘leigos’ uma vez que a ‘Sociedade de Medicina da Bahia’ havia rompido com o Provedor da Santa Casa de Misericórdia no ano de 1882. Segundo Jacobina (1986, p. 8), o aparelho psiquiátrico da Bahia incorporou os saberes e as técnicas do ‘alienismo’ já nos primórdios de sua constituição. Para esse autor, ocorreu uma assimilação acrítica do alienismo e do organicismo vindos da Europa, condição a qual nomeia de “asilismo” (idem, p. 9). A característica desse *Asilo* consistia em isolamento terapêutico e tratamento moral decorrentes do sequestro e exclusão social dos loucos. Esse foi o *modus operandi* que consagrou a prática psiquiátrica entre os séculos XIX e XX também na Bahia. Em 1936 o governo da Bahia determinou a mudança de nome do *Asilo São João de Deus* para tecer homenagem a Juliano Moreira.

O segundo hospital psiquiátrico da Bahia foi aberto em fevereiro de 1944. Recebeu o nome de Sanatório Bahia e foi instalado no largo da Lapinha em Salvador. Era uma instituição privada de propriedade do psiquiatra pernambucano Luiz Cerqueira que a dirigiu até 1948. Posteriormente Cerqueira se tornou um dos mais destacados nomes da ‘psiquiatria social’ brasileira. A instituição tinha 30 leitos. Sob sua administração as práticas cotidianas do hospital já dialogavam com as contemporâneas tentativas de humanização da assistência psiquiátrica preocupada com o contexto social dos pacientes e com a garantia de maior acesso ao tratamento. Nesse período, importantes nomes da psiquiatria local e internacional puderam fazer ‘residência’ no Sanatório, a exemplo de Álvaro Rubim Pinho, Nelson Soares Pires, George Alakija, entre outros. O catedrático professor da Universidade de Barcelona Dr. Emílio Mira y Lopez também esteve vinculado a essa instituição quando do seu exílio no Brasil.

No entremeio entre as duas grandes Guerras Mundiais ocorreu um rápido e desordenado crescimento da população de Salvador. A turbulência político-social-econômica gerou aumento da pobreza e da violência urbana, o que repercutiu nos indicadores de saúde, inclusive no aumento da demanda por serviços psiquiátricos. Entre as décadas de 1940 e 1960 ocorreu a instalação de quatro hospitais psiquiátricos em Salvador: Sanatório Bahia, em 1944; Sanatório São Paulo, em 1953; Casa de Saúde Santa Mônica, em 1962; e, por último, a Casa de Saúde Ana Nery, em 1966. De acordo com Coutinho & Saback (2007, p. 210), estes hospitais passaram a ofertar serviços a

crecente clientela previdenciária tanto da capital como do interior. O Sanatório Bahia, a Casa de Saúde Santa Mônica e a Casa de Saúde Ana Nery foram incorporadas ao Serviço Médico-Cirúrgico da Bahia/S.A. Essa empresa pertenceu ao Dr. Sílio Nascimento Andrade, médico com manifesta liderança entre políticos e empresários baianos, notabilizado pela intensa atuação no setor privado de serviços hospitalares. O Dr. Sílio foi fundador da Associação de Hospitais e Serviços de Saúde da Bahia (AHESB) e da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) das quais também foi presidente. Historicamente essas instituições foram contra a estatização da saúde e, em absoluto, contra a Reforma Psiquiátrica.<sup>105</sup>

A curva de crescimento de hospitais psiquiátricos em Salvador foi impulsionada pelo Decreto-Lei Federal 8.550 de janeiro de 1946 que facilitou a abertura de hospitais psiquiátricos. O “Plano Nacional de Saúde” aprovado na gestão de Leonel Miranda no Ministério da Saúde em 1967/1968 favoreceu as empresas privadas de saúde, como o caso do Serviço Médico-Cirúrgico da Bahia. A política de compra de serviços de saúde passou a ser a diretriz dominante no Ministério da Saúde e também foi reproduzida no INAMPS a partir de sua fundação em 1977. Este Instituto recebeu a incumbência de agenciar a assistência médica outrora sob a responsabilidade do INPS.

A conjuntura favoreceu o modelo mercantil-privatista para serviços de saúde. Por um lado, cresceu a quantidade de pessoas que passaram a ser inseridas nas políticas previdenciárias, implicando na necessidade de expandir a oferta; por outro lado, consolidou-se um arcabouço normativo com forte amparo jurídico para o setor privado. Ao final da década de 1970, o INAMPS contratava em âmbito nacional mensalmente 45.000 leitos psiquiátricos (CERQUEIRA, 1984, p. 236). Em Salvador, as instituições psiquiátricas privadas também se beneficiaram dessa conjuntura. A rigor, Cerqueira

<sup>105</sup> A nota de falecimento do Dr. Sílio Andrade publicada no Portal Setor Saúde, site especializado em notícias relacionadas ao mercado privado de saúde, traz o seguinte trecho (**Grifos meus**):

O médico psiquiatra, Dr. Sílio Nascimento Andrade, faleceu na madrugada de sábado, 21, em Salvador na Bahia. Dr. Sílio marcou a sua trajetória profissional como um importante líder dos movimentos associativos da saúde no país. Foi um dos fundadores da Associação de Hospitais e Serviços de Saúde da Bahia (AHESB) e da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), na qual exerceu diversos cargos, inclusive sua Presidência.

Como presidente da AHESB atuou com grande destaque, por mais de 30 anos, de 20/10/1965 a 14/04/1996. Também foi fundador e dirigente do Hospital Santa Mônica e da Casa de Saúde Ana Nery. **Atuou fortemente, com intensa atuação na Constituinte de 87/88, ao lado de outros dirigentes hospitalares, contra a estatização da Saúde, preconizada pelos ideólogos da denomina da Reforma Sanitária**, lutando pela manutenção da livre iniciativa.

Acessado em 10/05/2021. Disponível em: <https://setorsaude.com.br/morre-silio-nascimento-andrade-em-salvador/>

(idem, p. 105) afirmou que nesse período no Brasil o hospital psiquiátrico era “praticamente sinônimo de hospital contratado pela Previdência Social”. De acordo com esse autor, a ‘indústria da loucura’ “sem cerimônia se insinua como digna de receber os mesmos favores concedidos à iniciativa privada para as demais empresas econômicas” (idem, *ibidem*).

Assim como acontecia no Brasil como um todo, na Bahia as críticas ao modelo hospitalocêntrico em psiquiatria passaram a se intensificar na segunda metade do século XX. Um artigo publicado no periódico *Gazeta Médica da Bahia* em 1969 apresentou a realidade da assistência hospitalar. Na ocasião a Bahia tinha uma população de 5.898.020 habitantes, dos quais 892.823 residiam em Salvador, cerca de 15% da população do estado. Existiam oito hospitais psiquiátricos. Em Salvador havia cinco hospitais, sendo quatro instituições privadas e apenas uma instituição pública. No interior existiam dois hospitais “colônia” de natureza pública. Naquele ano, o único hospital público de Salvador tinha 760 leitos, mas tinha 1.513 pessoas internadas, equivalendo a uma taxa de ocupação de 190%. Todos os demais hospitais mantinham sempre ocupação de 100% dos leitos. Em âmbito estadual eram 2.413 pessoas internadas em apenas 1.660 leitos (RAMOS, LIMA & PINHEIRO, 1969, p. 31). Fazendo análise da situação de saúde daquele momento, os autores afirmam que “[...] é notória a desproporção existente entre as conquistas e progressos das modernas técnicas terapêuticas biológicas e sociais e sua viabilidade [...]; nota-se semelhança entre nossa problemática assistencial com a problemática assistencial brasileira [...]” (idem, p. 30). Nessa análise os autores realizam forte crítica sobre a condição da assistência, a saber: insuficiência da distribuição da assistência hospitalar psiquiátrica para a densidade populacional do estado; agravamento da cronicidade e da mortalidade decorrentes das condições de funcionamento do público; desproporção entre o poder aquisitivo da população e o custo da assistência psiquiátrica privada que tornaram o cuidado hospitalar inacessível a boa parte da população; a precariedade do sistema assistencial intensificada por conta das condições sociais e econômicas do estado que culminava com distorções na utilização dos poucos leitos existentes (idem, p. 38).

Em novembro de 1977, um ano antes da “crise na DISAM” que deu origem ao Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, a Associação Psiquiátrica da Bahia (APB) elaborou um “Memorial” com uma importante análise das condições da assistência da capital e do estado da Bahia. O texto combinou a análise, a crítica e a

propositura de caminhos para o melhoramento da assistência. Quanto à análise da conjuntura, o texto afirma que

na Bahia, a assistência psiquiátrica para essa grande maioria é precária e cheia de distorções, sendo ainda mais baseada no obsoleto modelo hospitalar, com uma evidente escassez de serviços ambulatoriais. Apesar do conhecimento mundial, desde algumas décadas, dos malefícios e da ineficácia da prioridade ao atendimento hospitalar, verifica-se nos últimos anos, na Bahia, uma ampliação relativa da rede hospitalar em comparação com a rede ambulatorial. Essa situação possivelmente tem contribuído para um grande número de hospitalizações desnecessárias, proporcionando a cronificação, deterioração e maior estigmatização dos doentes.

Em resumo, a assistência psiquiátrica na Bahia é bastante precária, e as condições de trabalho dos profissionais nela engajados são muito deficientes. O setor público não se encontra integrado a uma política global de saúde, fornecendo um cuidado de péssima qualidade. Da parte do Estado verifica-se uma super exploração do profissional, enquanto que a previdência social incentiva a expansão do sistema empresarial privado. (APB, 1978, p. 32/34)

Por fim, esse documento da APB considerou ser importante desenvolver “programas alternativos” de saúde mental que estivessem integrados à política de saúde geral, priorizando o atendimento ambulatorial. Considerou ainda que qualquer proposta de atuação para equacionar a problemática não poderia ser destinada a aspectos parciais dada a complexidade da situação (idem, p. 35).

Entre as décadas de 1970 e 1980, ocorreu a expansão de leitos psiquiátricos no setor privado e a redução de leitos no setor público em Salvador. No início da década de 1980 a região metropolitana de Salvador contava com 8 unidades de referência hospitalar prestando serviços à psiquiatria. Essa pequena rede dispunha de 1.843 leitos, equivalendo a 22% do total de leitos entre todos os hospitais da região metropolitana (SOUZA, 1984, p. 20). O poder público estadual tinha 2 instituições (um hospital psiquiátrico e um centro comunitário com leitos psiquiátricos), o poder público federal tinha 1 instituição (uma enfermaria psiquiátrica num hospital universitário), o INAMPS contratava 4 instituições e o setor privado tinha 1 instituição sem convênio com o serviço público. Como se vê na tabela abaixo, houve forte crescimento dos leitos em instituições privadas conveniadas com o INAMPS. Enquanto o setor público reduziu 62,34% dos leitos, o setor privado ampliou 98,10% no mesmo período.

**Tabela 16** - Distribuição de Leitos em Salvador entre 1971 e 1981

Entidade Mantenedora	1971		1981	
	Nº	%	Nº	%
Poder Público	948	54,8	357	19,4
Iniciativa Privada	782	45,2	1.486	80,6
<b>TOTAL</b>	<b>1.730</b>	<b>100</b>	<b>1.843</b>	<b>100</b>

Fonte: Souza (1984, p. 39)

De acordo com Souza (1984, p. 39), a diminuição da oferta de leitos públicos nesse período não fez com que a gestão estadual diversificasse as alternativas assistenciais contrapostas ao modelo hospitalar. O internamento era a “espinha dorsal em torno da qual se organiza a assistência psiquiátrica do Estado da Bahia, em que pese o uso da retórica oficial pela opção comunitária e adoção de medidas tímidas no sentido de ambulatorização patrocinada pela Secretaria de Saúde” (idem, p. 40). Para esse autor, a inexistência de uma oferta assistencial extra-hospitalar decorria dos interesses em jogo naquela conjuntura onde se via que “aos empresários da assistência, tradicionalmente entrincheirados no setor hospitalar, não interessa redirecionar suas linhas de investimento para assistência ambulatorial reconhecidamente menos lucrativa” (idem, p. 48). Essa hipótese também havia sido sustentada por Cerqueira (1984, p. 105) que considerava que a resistência aos serviços extra-hospitais decorria do fato de que as práticas comunitárias eram contrárias aos interesses dos “empresários da saúde”.

Entre as décadas de 1980 e 1990 a capacidade instalada em termos de leitos psiquiátricos na cidade de Salvador permaneceu estável. Em 1995 -não mais como INAMPS, mas já com o SUS- existiam 1.865 leitos psiquiátricos (em hospitais psiquiátricos e centros de saúde mental, além da enfermaria psiquiátrica no Hospital Universitário Edgard Santos). A rede de saúde complementar contava com 4 hospitais psiquiátricos que juntos somavam 1.565 leitos. A rede pública contava com um hospital psiquiátrico de 240 leitos e dois centros de saúde mental cada um dos quais com 30 leitos (o Centro de Saúde Mário Leal e o Centro de Saúde Aristides Novis). A rede pública possuía 19,17% dos leitos psiquiátricos e a rede privada contava com os outros 80,83% dos leitos. Conforme apresentado na **tabela 1**, até 1995 o estado da Bahia dispunha de **2.921** leitos psiquiátricos, sendo 1.865 na capital (63,85%) e outros 1.056 leitos (36,15%) em 20 instituições (hospitais psiquiátricos, anexos psiquiátricos vinculados a hospitais gerais e leitos psiquiátricos em hospitais gerais), com destaque para Feira de Santana que possuía 500 leitos no Hospital Colônia Lopes Rodrigues.

Em 1993 a SESAB aprovou a instrução normativa 05.04.02.0 que, segundo Rabelo, Modesto & Modesto Neto (1996/1997, p. 29), induziu a redução de leitos. Após o ano de 1995 o número de leitos foi reduzido para 2.530, como visto na **tabela 1**. Para esses autores, naquele período a Reforma Psiquiátrica na Bahia estava concentrada na questão da internação; esses autores a caracterizaram como “reforma institucional pública” (idem, p. 20). Em âmbito internacional já se verificava significativa repercussão da *Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica de Caracas* de 1990. De certo modo, a SESAB assimilou alguns dos princípios e recomendações dos movimentos sociais desencadeados desde a década de 1970, mas distante de se caracterizar como uma reforma estrutural.

Os primeiros esforços para implantação da Reforma Psiquiátrica na Bahia a partir de 1996 se caracterizaram pelos seguintes objetivos: 1) acabar os hospitais de grande porte; b) setorizar, descentralizar e definir a hierarquia das ações; 3) implantar equipes multidisciplinares nos serviços de saúde; 4) implantar em nove regiões do estado uma rede pública para cuidados extra-hospitalares; 5) desencadear ações específicas para os internos crônicos principalmente em Feira de Santana; 6) impedir ou diminuir o crescimento do número de leitos psiquiátricos (idem, p. 20). Mesmo com todos os esforços empreendidos na primeira metade da década de 1990, “com relação aos chamados serviços alternativos – símbolos maiores da reestruturação dos cuidados da atual Reforma – pouco se fez, [...] não chegaram a ser implantados por razões de prioridade política” (idem, p. 25).

No clima de reformulação da legislação favorável à mudança do modelo assistencial, entre 1992 e 1996, ocorreu aprovação de leis estaduais específicas para saúde mental em oito estados, como apresentado no Quadro 3 acima. Em 1994 começou a tramitar na Assembleia Legislativa da Bahia (ALBA) o projeto de lei 10.352/94, de autoria do então deputado Guilherme Menezes, que versava sobre a *reorganização da assistência psiquiátrica no estado da Bahia*. Esse projeto de lei não evoluiu a ponto de ser transformado em lei estadual.

Nos anos 2000 retomou-se a pressão social pela reorientação do modelo assistencial em âmbito nacional que também repercutiu nas políticas de saúde em âmbito estadual. No exato ano de 2000 a Comissão de Direitos da Câmara dos Deputados iniciou a “I Caravana Nacional de Direitos Humanos” que priorizou o acompanhamento da realidade manicomial brasileira. Na Bahia foram visitados o Hospital Colônia Lopes Rodrigues (Feira de Santana) e o Sanatório São Paulo. Em

ambos a comissão constatou maus-tratos, violência institucional, pessoas enjauladas, abandono social, etc. De acordo com o relatório dessa caravana, no Hospital Colônia Lopes Rodrigues foi encontrada a “realidade de abandono em que se encontram os internos e a enorme distância oferecida àqueles pacientes frente às possibilidades de ressocialização” (BRASIL, 2000, p. 13). O Sanatório São Paulo foi caracterizado como “[...] um verdadeiro depósito de doentes mentais. Suas instalações são inaceitáveis e conformam condição de sofrimento aos internos. [...] As condições de higiene são as piores possíveis e o cheiro que emanava em toda a instalação era insuportável (idem, ibidem)”. Na Bahia essas visitas foram acompanhadas pela seção local da OAB, Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa da Bahia e Movimento de Luta Antimanicomial.

Em 2005 a Bahia possuía 1.928 leitos psiquiátricos habilitados em 25 instituições (hospitais psiquiátricos, anexos psiquiátricos em hospital geral, enfermaria psiquiátrica em hospital geral) distribuídas em 15 municípios (tabela 1). Desse total, 1.749 (90,71%) leitos estava em hospitais psiquiátricos e outros 179 (9,29%) estavam em hospitais gerais. Em Salvador havia 955 leitos sendo 910 em hospitais psiquiátricos e 45 leitos em hospitais gerais; essa quantidade correspondia a 49,53% da disponibilidade do estado.

A diminuição de leitos passou a ser impulsionada pelo PNASH 2003-2004 que indicou a descredenciamento do Hospital Colônia Lopes Rodrigues (Feira de Santana), o Sanatório São Paulo (Salvador) e o Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro) (BRASIL, 2007, p. 31). O ‘censo dos hospitais psiquiátricos’ de 2004 revelou que 25,6% dos leitos em hospitais psiquiátricos eram ocupados por moradores (idem, p. 26). Em decorrência desse cenário induzido pelo PNASH, um conjunto de medidas de grande impacto fora adotadas a partir de 2005. No relatório de gestão de 2006 a CGSMAD apresentou um leque de encaminhamentos, entre os quais constam as seguintes ações relacionadas ao Sanatório São Paulo e ao Sanatório Nossa Sr<sup>a</sup> de Fátima:

- Medida liminar foi concedida em 30 de novembro de 2004, a favor da intervenção nos dois hospitais e os interventores de ambos os hospitais (o processo é conjunto) assumiram a administração em janeiro/2005, quando foram nomeados judicialmente. Os proprietários dos hospitais de Juazeiro e de Salvador recorreram da decisão e a intervenção foi suspensa. A ação ainda está sendo julgada pelo TRF da 1ª região e as intervenções ainda poderão ser retomadas.
- O Sanatório São Paulo apresenta maiores dificuldades de fechamento, em função de estar localizado em Salvador, que no ano de 2006 teve redução de 520 leitos com o fechamento de 2 hospitais psiquiátricos, a pedido do

prestador. A rede extra-hospitalar no município está em expansão lenta, e ainda apresenta sérias dificuldades em garantir a assistência em saúde mental às pessoas com transtornos mentais que estão sendo desinstitucionalizadas.

- Criou-se o Projeto de Reorganização das Ações de Saúde Mental no Vale do São Francisco, que envolve a Universidade Federal do Vale do São Francisco, o Ministério da Saúde e os municípios da região. É um projeto que apoia os municípios da Macro-Regional Assistencial de Juazeiro e Petrolina (27 municípios do norte da Bahia e 30 municípios do sertão de Pernambuco) na criação de uma rede de atenção psicossocial e realiza vários processos de formação dos profissionais e de pesquisa em saúde mental, tendo em vista o processo de desinstitucionalização na região. Durante os anos de 2005-2006, foram implantados diversos CAPS em vários municípios da região e realizados cursos de capacitação para os profissionais dos CAPS em relação ao cuidado dos transtornos mentais, álcool e drogas, infância e adolescência e também capacitação para Saúde da Família, urgência e emergência e Hospital Geral. Como resultados, tivemos um processo intenso de mudança no perfil assistencial da região, com a criação de 12 novos CAPS, 1 Residência Terapêutica em Juazeiro e um processo permanente de formação dos profissionais articulado com a Universidade Federal do Vale do São Francisco (idem, p. 33).

Em 2003 ocorreu o descredenciamento de 600 leitos vinculados à Casa de Saúde Santa Mônica. Em 2006 ocorreu o descredenciamento de outros 550 leitos vinculados ao Sanatório Bahia e à Casa de Saúde Ana Nery (CREMEB, 2008, p.11). As três instituições pertenciam ao Serviço Médico-Cirúrgico da Bahia/S.A. Diante do cenário de crise, agravada pela lenta expansão de serviços substitutivos em Salvador, no segundo semestre de 2005, o Ministério Público Estadual da Bahia articulou um mecanismo de juridicização por meio de um TAC, tendo como partes passivas o Ministério da Saúde, a SESAB e a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Esse acordo determinou o descredenciamento de leitos psiquiátricos das instituições já indicadas num processo que deveria ter sido acompanhado da implantação de 13 CAPS e 9 SRT com previsão para junho de 2006. Por força desse instrumento jurídico, até 2008 haviam sido implantados 09 CAPS, fora os 2 CAPS que haviam sido anteriormente repassados ao município de Salvador pela SESAB; além disso, foram instaladas 6 SRT que passaram a abrigar aproximadamente 30 residentes (CREMEB, 2008, p. 12).

Nos anos iniciais do processo de reorientação da assistência, a cidade de Salvador demonstrou impasses particulares. Em primeiro lugar, por ter concentrado historicamente a maior quantidade de leitos psiquiátricos, o que, conseqüentemente, consolidou uma cultura manicomial resistente a mudanças; em segundo lugar, a própria gestão municipal não dedicava a energia gerencial necessária para a mudança do modelo. Essa postura da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador pode ser constatada no seguinte trecho do relatório do CREMEB:

é conhecida a resistência da Gestão municipal da saúde da Capital, no período 1999 -2006 aos frequentes e intensos apelos de todos os setores ligados à saúde mental, inclusive das II e III Conferências Estaduais e Municipais de Saúde Mental e ações do MPE – Ministério Público Estadual. Em nada adiantou tais esforços em sensibilizar a fortaleza de tamanha resistência, sempre vitoriosa durante todo esse período. Resultou que, a seu final, não havia qualquer rubrica relacionada à saúde mental no Orçamento municipal, nem mesmo para a aquisição de medicamentos da especialidade (idem, ibidem).

Com os resultados do PNASH realizados entre 2003 e 2014, outros três hospitais públicos [indicados acima na **tabela 1** (A), (B), (C)] receberam indicação de descredenciamento<sup>106</sup>. O Hospital Especializado Lopes Rodrigues iniciou o processo de desinstitucionalização com diminuição de leitos desde 2005, reduzindo cerca de 430 até 2021. A Casa de Saúde São Judas Tadeu, instituição privada instalada na cidade de Itabuna, encerrou o contrato de prestação de serviços para o SUS em 2015. Em 2017 os leitos do Hospital Afrânio Peixoto, instituição pública instalada em Vitória da Conquista, foram transferidos para um hospital geral da rede pública de saúde no mesmo município.

A redução de leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos ocorreu em concomitância com a expansão dos serviços comunitários, principalmente no interior do estado da Bahia. De acordo com BRASIL (2007, p. 13), “o estado da Bahia, por exemplo, sextuplicou o número de CAPS em funcionamento nos últimos quatro anos, passando de 14 CAPS ao final de 2002, para 89, ao final de 2006”. Em 2010 eram 162 CAPS em 129 municípios; Salvador contava com 11 serviços (6,7%). Em junho de 2021 existiam 264 serviços habilitados, distribuídos em 212 município. O detalhamento da rede de serviços comunitários será feito no tópico 8.4 a seguir.

As profundas mudanças na oferta de leitos psiquiátricos na Bahia se caracterizam por três aspectos: 1) progressiva redução da oferta de leitos psiquiátricos em hospital especializado; 2) desconcentração dos leitos -anteriormente habilitados em hospitais psiquiátricos- com ênfase para oferta de leitos em hospitais gerais em pequena quantidade por cada nova instituição habilitada; 3) interiorização da oferta dos leitos.

<sup>106</sup> (A) Hospital Especializado Lopes Rodrigues (Feira de Santana) – CNES: 2603063. PNASH 2003/2004. Portaria Ministério da Saúde Nº 150 de 18 de jun. de 2003 e Nº 426 de 3 de Dez. de 2009.

(B) Hospital Juliano Moreira (Salvador) – CNES: 0004286. PNASH 2014/2015. Portaria Ministério da Saúde Nº 1.727 de 24 de novembro de 2016.

(C) Hospital Especializado Mário Leal (Salvador) - CNES: 0005436. PNASH 2014/2015. Portaria Ministério da Saúde Nº 1.727 de 24 de novembro de 2016

(D) Hospital Especializado Afrânio Peixoto (Vitória da Conquista) – CNES: 2407221. PNASH 2014/2015. Portaria Ministério da Saúde Nº 1.727 de 24 de novembro de 2016

Em junho de 2021 o CNES registrava a existência de 893 leitos psiquiátricos [código 47] em 49 diferentes instituições em 34 cidades baianas. Desse total, 548 leitos estavam disponíveis para o SUS e outros 345 leitos pertenciam a serviços não-SUS. Dos leitos SUS, 353 estavam distribuídos em 4 hospitais psiquiátricos; Salvador tinha 208 leitos em 2 hospitais psiquiátrico, Feira de Santana tinha 70 leitos e Juazeiro tinha 75.

**Tabela 17 - Indicadores de Leitos Psiquiátrico na Bahia – (Leito código 47)**

CNES	Estabelecimento	Município	Existentes	Sus
2304295	Hospital Municipal Jonival Lucas da Silva	Abaré	1	1
6505317	Clínica Vale Viver	Camaçari	18	0
3556239	Hospital SEMED	Camaçari	8	0
2387514	Hospital Municipal Dr. Álvaro Ernesto	Camamu	1	1
2388685	Hospital de Catu Santa Casa da Bahia	Catu	2	2
7476523	Hospital Municipal Antônio Jose de Araújo	Cristópolis	2	2
2390043	Hospital Nossa Senhora do Bonsucesso	Cruz das Almas	1	1
2400901	Hospital Municipal Doutor Jaime da Silveira	Curaca	2	2
3427234	CAPS III Dr. João Carlos Lopes Cavalcante	Feira de Santana	3	3
2603063	Hospital Especializado Lopes Rodrigues	Feira de Santana	70	70
5278120	Clínica Rosa dos Ventos	Governador	40	0
2602105	Hospital Municipal Arlete Maron de	Ibicaraí	2	2
9739629	Clinica Reviver	Ilhéus	1	0
2470098	Hospital Geral de Itaberaba	Itaberaba	5	5
2385171	Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães	Itabuna	6	6
6740685	APAE de Itamaraju	Itamaraju	1	0
9584129	Clínica Conviver	Jacobina	2	0
2467372	Hospital Municipal Antônio Teixeira	Jacobina	2	2
2802252	Hospital Municipal de Jaguaquara	Jaguaquara	4	4
2400693	Hospital Geral Prado Valadares	Jequié	17	17
2304767	Hospital Geral de Jeremoabo	Jeremoabo	2	2
2510189	Sanatório Nossa Sr. <sup>a</sup> de Fátima	Juazeiro	80	75
5718058	Clínica Fênix Saúde Mental Tratamento de	Lauro de Freitas	13	0
6243258	Vila Serena	Lauro de Freitas	35	0
9653155	CAPS AD III de Luís Eduardo Magalhães	Luís Eduardo Magalhães	9	9
9653678	Unidade de Acolhimentos em Saúde de Luís Eduardo Magalhães	Luís Eduardo Magalhães	10	10
2498421	Hospital Português Hospital Padre Paulo	Miguel Calmon	8	8
2301601	Hospital Goncalves Martins	Nazaré	10	10
2549905	Hospital Paulo Afonso	Paulo Afonso	1	1
2601583	Hospital São Lucas	Poções	2	2
2653699	Hospital e Maternidade Maria Amélia	Rio Real	1	1
9080791	Clínica ÁPICE	Salvador	34	0
5289548	Clínica Bom Viver	Salvador	72	0
5316065	Holiste	Salvador	15	0
5436	Hospital Especializado Mário Leal	Salvador	30	30
4286	Hospital Juliano Moreira	Salvador	178	178
9443665	Hospital Municipal de Salvador HMS	Salvador	10	10
2802104	Hospital Santo Antônio	Salvador	33	33
3816	Hospital Universitário Professor Edgard	Salvador	14	14
4472	Sanatório São Paulo	Salvador	100	0
2510782	Hospital Professor Jose Maria de Magalhães	Santa Cruz Cabrália	1	1
7608551	CAPS AD III de Santaluz	Santaluz	1	1
2510278	Hosp. Mun. Petronilho Evangelista dos Santos	Santaluz	4	4
2493330	Hospital Dr. Albino Leitão	São Seb. do Passé	1	1
2801914	Hospital Municipal de Serrinha	Serrinha	8	8
2301318	Hospital Municipal de Teixeira de Freitas	Teixeira de Freitas	1	1

2525933	Hospital Dr. Heitor Guedes de Mello	Valença	10	10
280836	Clínica SENSI	Vitória da Conquista	1	0
2402076	Hospital Geral de Vitória da Conquista	Vitória da Conquista	21	21
<b>Total de Leitos</b>			<b>893</b>	<b>548</b>
<b>Total de Estabelecimentos</b>			<b>49</b>	

Fonte: CNES (2021)<sup>107</sup>

Além dos leitos habilitados como leitos psiquiátricos -em hospital e/ou clínicas especializadas e em hospitais gerais-, o CNES também registra leitos para a saúde mental com outras especificações. No caso da Bahia, em junho de 2021, havia habilitação de outros 277 leitos tipificados como “leitos de saúde mental” nos serviços de hospital dia. Desse total, o SUS contava com 16 unidades.

**Tabela 18** - Indicador de leitos de Saúde Mental na Bahia (Leito código 73 - Saúde Mental – Hospital-Dia)

CNES	Estabelecimento	Município	Existentes	SUS
2799839	Hospital São Francisco	Campo Formoso	6	6
613835	Equilibrium Serviços Médicos	Feira de Santana	2	0
7608241	Hospital-Dia Vida Nova	Ilhéus	30	0
2470098	Hospital Geral de Itaberaba	Itaberaba	5	5
9584129	Clínica Conviver	Jacobina	12	0
5718058	Clínica Fênix Saúde Mental e Tratamento de Dependência Química	Lauro de Freitas	13	0
5340152	CACIPP	Salvador	50	0
7294689	Ciclos Hospital de Saúde da Mente	Salvador	1	0
5408466	Clínica NUPSI	Salvador	13	0
3816	Hospital Universitário Professor Edgard Santos	Salvador	1	1
4472	Sanatório São Paulo	Salvador	140	0
9383298	Hospital Regional da Chapada	Seabra	4	4
<b>Total de Leitos</b>			<b>277</b>	<b>16</b>
<b>Total de Estabelecimentos</b>			<b>12</b>	

Fonte: CNES<sup>108</sup>

Outros 25 leitos estão habilitados como ‘Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas’. São leitos clínicos em hospitais gerais habilitados em quatro instituições, distribuídas em quatro diferentes municípios. Nessa modalidade de leitos todos são disponibilizados para o SUS. São apenas 25 leitos. Contudo, há uma situação atípica; os leitos existem no CNES, mas somente dois deles estão disponíveis num hospital em Feira de Santana. Ao ser levantada a informação

<sup>107</sup> Para a modalidade “Leito Tipo – Psiquiátrico”. – Acessado em: 01/06/2021. Disponível em [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Leitos\\_Listar.asp?VCod\\_Leito=47&VTipo\\_Leito=6&VListar=1&VEstado=29&VMun=&VComp=](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=47&VTipo_Leito=6&VListar=1&VEstado=29&VMun=&VComp=)

<sup>108</sup> Leitos tipo Saúde Mental, Hospital-dia. CNES Código 87. Acessado em 19/01/2021. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Leitos\\_Listar.asp?VCod\\_Leito=73&VTipo\\_Leito=7&VListar=1&VEstado=29&VMun=&VComp=](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=73&VTipo_Leito=7&VListar=1&VEstado=29&VMun=&VComp=)

sobre número de internamentos desse serviço constatou-se que o último registro de internamento foi datado em 2012, ou seja, esses dois leitos não estão sendo utilizados pela RAPS. Os outros três hospitais estão internando regularmente, mesmo sem o CNES indicar a habilitação dos leitos, com destaque para o Hospital Regional de Ruy Barbosa que internou cerca de 440 pessoas por ano entre 2018 e 2020. Ainda não há dados qualitativos sobre o funcionamento desses serviços na Bahia.

**Tabela 19** - Indicador de leitos de Saúde Mental na Bahia (código 87 - Leito Clínico)

CNES	Estabelecimento	Município	Existentes	SUS
2659069	Hospital Municipal Eurico Dutra	Barreiras	8	0
2601680	Hospital Dom Pedro de Alcântara	Feira de Sant.	2	2
9388133	Hospital Regional Costa do Cacau	Ilhéus	9	0
2510391	Hospital Regional de Ruy Barbosa	Ruy Barbosa	6	0
<b>Total de Leitos</b>			<b>25</b>	<b>2</b>
<b>Total de Estabelecimentos</b>				<b>4</b>

Fonte: CNES (2021)<sup>109</sup>

A política de saúde mental na Bahia tem ao todo 1.248 leitos distribuídos nos quatro códigos de cadastro de leitos no CNES. Os dados abaixo foram extraídos em junho de 2021. Dos 893 leitos psiquiátricos, 548 são leitos SUS; dos 277 leitos em hospital-dia somente 16 são leitos SUS; todos os 25 leitos clínicos e os 53 leitos de acolhimento noturno são SUS.

**Tabela 20** - Distribuição dos leitos por tipo de estabelecimento na Bahia - 2020

CADASTRO DE LEITOS NO CNES				
Tipo de Estabelecimento	Descrição e código			
	Psiquiatria (47)	Clínico SM (87)	Hos. Dia (73)	Acolhi. Not (84)
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	22	0	0	53
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	76	0	25	0
Hospital Especializado	577	0	159	0
Hospital Geral	181	25	12	0
Hospital Dia	36	0	81	0
Unidade Mista	1	0	0	0
<b>Total por código</b>	<b>893</b>	<b>25</b>	<b>277</b>	<b>53</b>
<b>Total Geral</b>	<b>1.248</b>			

Fonte: CNES (2021)<sup>110</sup>

<sup>109</sup> Leitos tipo Saúde Mental – Leitos clínicos em hospital geral. CNES Código 73. Acessado em 19/01/2021. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Leitos\\_Listar.asp?VCod\\_Leito=87&VTipo\\_Leito=2&VListar=1&VEstado=29&VMun=&VComp=](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=87&VTipo_Leito=2&VListar=1&VEstado=29&VMun=&VComp=)

### 8.1 - As mudanças na assistência hospitalar na Bahia entre 2001 e 2021

Ao longo do século XX a assistência psiquiátrica na Bahia se concentrou na oferta de leitos em hospitais psiquiátricos. Como ocorreu no restante do país, os leitos estavam disponíveis apenas nas cidades de maior porte populacional. Apenas cinco cidades tinham hospitais psiquiátricos: Feira de Santana, Itabuna, Juazeiro, Salvador e Vitória da Conquista, sendo a capital a cidade com a maior quantidade de hospitais e, conseqüentemente, de leitos. No começo da década de 2000, a rede contava com 2.454 leitos distribuídos em 16 unidades hospitalares sendo 9 hospitais psiquiátricos, 2 centros comunitários de saúde mental com leitos psiquiátricos e 5 serviços vinculados a hospitais gerais. Embora tendo apenas 18,7% da população do estado, a cidade de Salvador dispunha de 64% dos leitos (BAHIA, 2003, p. 1). A quantidade de leitos psiquiátricos na Bahia nunca foi proporcionalmente grande como em estados como Rio de Janeiro e São Paulo. No começo daquela década a Bahia possuía baixa proporção de leitos psiquiátrico por número de habitantes. Em 2005 havia 0,08 leitos por 1.000 habitantes (BRASIL, 2007; CREMEB, 2008). Comparando nacionalmente a posição da Bahia figurava entre as 10 menores proporções de leitos. Ressalta-se que, de acordo com o relatório do CREMEB (2008, p. 09), “inexiste qualquer norma ou recomendação oficial, quer da OMS/OPS, quer do MS, da SESAB ou de qualquer instituição responsável pela saúde pública, sobre parâmetro de número de leitos psiquiátricos/habitante”.

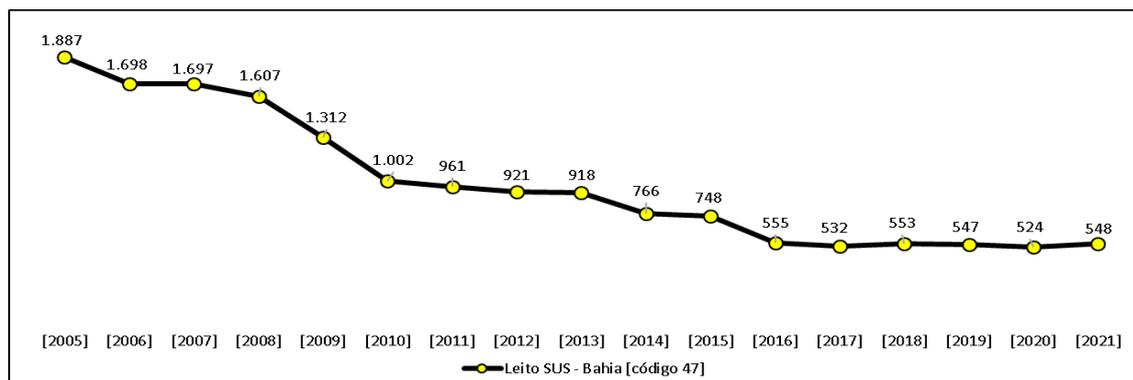
A assistência hospitalar psiquiátrica na Bahia passou por significativas transformações como parte do amplo esforço pela superação do paradigma manicomial como se viu em âmbito nacional e internacional.

As informações do gráfico abaixo foram extraídas do CNES. Os dados consideram todos os leitos SUS cadastrados na especialidade psiquiatria [código 47]. Entre dezembro de 2005 e junho de 2021, foram diminuídos 1.339 (70,96%) dos leitos dessa modalidade. Os 548 leitos restantes estão distribuídos em diferentes serviços de saúde tais como hospitais gerais, hospitais psiquiátricos e CAPS tipo III. Nesse conjunto, há 353 leitos disponíveis nos 4 hospitais psiquiátricos ainda existentes, como será visto no **gráfico 18** a frente.

---

<sup>110</sup> CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação – Brasil. Quantidade existente por Tipo de Estabelecimento e Ano/mês competência. Unidade da Federação: Bahia. Tipo de Estabelecimento: TODOS. Leitos outras especialidades: Psiquiatria. Período: jun/2021. Acessado em 24/06/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leintbr.def>

**Gráfico 16** - Série histórica da oferta de leito psiquiátrico SUS na Bahia de 2005 a 2021 (código 47)



Fonte: CNES (2021)<sup>111</sup>

Considerando a equação usada pela OMS para cálculo da quantidade de leitos por grupo de 100.000 habitantes, considerando a quantidade de leitos psiquiátricos [código 47] SUS existentes (N = 548) e considerando a estimativa populacional da Bahia<sup>112</sup> para 2021, verifica-se que a Bahia tem **3,65** leitos para cada grupo de 100.000 habitantes. Com visto anteriormente, a América do Sul tem **5,1** leitos por 100.000 habitantes e o Brasil tem **8,38** leitos para essa mesma composição. Ponderando a partir do parâmetro adotado pela Portaria GM nº 1.631/2015 (= Pop/23.000), seriam necessários 652 leitos para saúde mental, preferencialmente leitos em hospitais gerais. A soma dos leitos clínicos [código 87] e leitos psiquiátricos em hospital geral [código 47] resulta em 550 leitos. Seriam necessários mais 102 leitos para atender ao preconizado por essa Portaria. O ‘Plano de Desinstitucionalização da Bahia’ (BAHIA, 2018a) identificou potencial de implantação de até 1.924 de leitos para saúde mental em hospitais gerais. Entretanto, entre 2018 e junho de 2021, não houve nenhuma habilitação desses leitos.

Evidentemente, o número de leitos deve ser combinado com a oferta de serviços comunitários; em particular, a Bahia tem uma média de CAPS habilitado acima da média do Brasil, como será visto na tabela 28 a seguir.

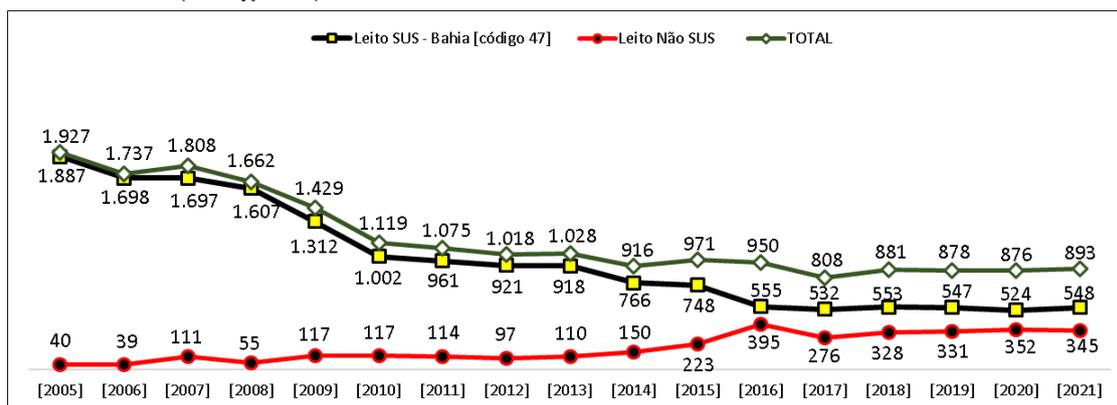
O gráfico abaixo apresenta a evolução da oferta de leitos psiquiátricos no segmento SUS e não-SUS. Como pode ser visto, ao passo em que os leitos SUS estão diminuindo, o segmento não-SUS (suplementar) vem crescendo entre 2005 e 2021.

<sup>111</sup> CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação – Bahia. Quantidade SUS por Especialidade detalhada e Ano/mês competência. Acessado em 05/06/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintBA.def>

<sup>112</sup> População estimada pelo IBGE para 2021 = **14.985.284** de habitantes. Acessado em 26/10/2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba>

Nesse período, o incremento foi de 305 leitos (762,5%). Parte desses leitos havia sido descredenciado do SUS. Com isso passaram a estar disponíveis para o setor privado, seja por meio de *out-of-pocket payments* ou pelos planos de saúde. Ao todo, o CNES tinha cadastrados 893 leitos em 49 estabelecimentos, dos quais 35 estão exclusivamente a serviço do SUS, enquanto que outros 13 são exclusivamente privados. O detalhamento dos leitos por estabelecimento está na tabela 17 acima.

**Gráfico 17** - Série histórica da oferta de leito psiquiátrico SUS e não-SUS na Bahia de 2005 a 2021 (código 47)



Fonte: CNES (2021)<sup>113</sup>

O gráfico abaixo apresenta a evolução dos leitos psiquiátricos [código 47]. Atualmente há 4 hospitais com status de ‘hospital especializado em psiquiatria’ no estado da Bahia. Todas essas instituições estão indicadas para descredenciamento há vários anos. A diminuição desses leitos também foi impulsionada pelos resultados do PNASH. Em 2006 ocorreu o descredenciamento do Sanatório Bahia e da Casa de Saúde São Paulo que juntos somavam 550 leitos. O sanatório São Paulo, que tinha 100 leitos, prestou serviços ao SUS até 2012. Em 2015 ocorreu o descredenciamento dos 178 leitos da Casa de Saúde São Judas Tadeu localizada em Itabuna. Entre 2017 e 2018 os 21 leitos do Hospital Especializado Afrânio Peixoto foram transferidos para o Hospital Crescência Silveira, um anexo do Hospital Geral de Vitória da Conquista.

O Hospital Especializado Lopes Rodrigues chegou a ter 500 leitos cadastrados, mas já abrigou 800 pacientes (BAHIA, 2018a, p. 23). Em 2005 cerca de 80 moradores foram encaminhados para 11 SRT da cidade. Entre 2006 e 2011 houve período de lentidão na desinstitucionalização. Em 2012 a “comissão de desinstitucionalização” local foi retomada, instituída por meio da Portaria SESAB nº 40/2013 e renovada em

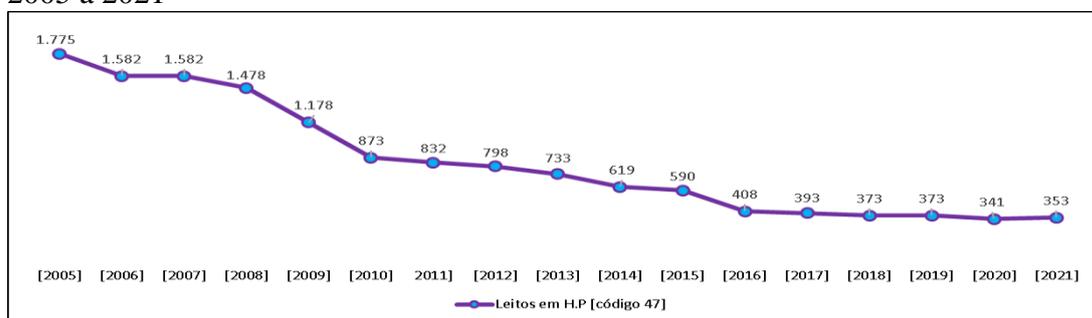
<sup>113</sup> CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação – Bahia. Quantidade SUS + quantidade não-SUS por Especialidade detalhada e Ano/mês competência. Acessado em 05/06/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leintBA.def>

2017. Entre 2013 e 2017 outros 80 moradores foram desinstitucionalizados. Desde o início do processo de reorientação do modelo assistencial, esse hospital já desabilitou 430 leitos. Em junho de 2021 a instituição tinha 70 leitos.

Em junho de 2021 restavam 353 leitos em hospitais psiquiátricos na Bahia distribuídos em 4 estabelecimentos hospitalares em três diferentes cidades:

- Feira de Santana dispõe de 70 leitos (Hospital Especializado Lopes Rodrigues)
- Juazeiro dispõe de 75 leitos (Sanatório Nossa Senhora de Fátima)
- Salvador dispõe de 208 leitos em 2 hospitais (Hospital Especializado Juliano Moreira [178] e Hospital Especializado Mário Leal [30])

**Gráfico 18** - Série histórica da oferta de leito em hospital psiquiátrico SUS na Bahia de 2005 a 2021



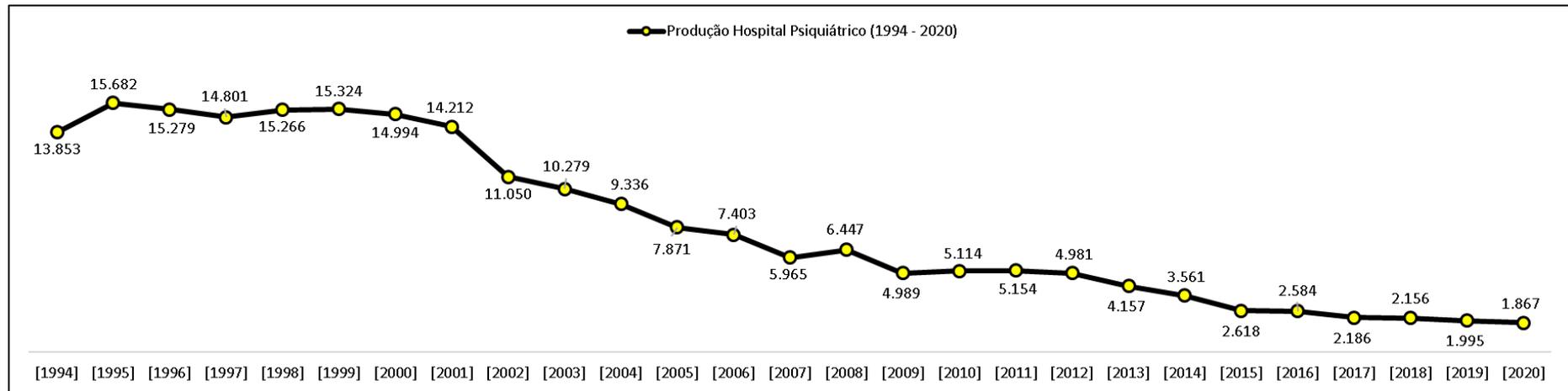
Fonte: CNES (2021)<sup>114</sup>

A reorientação do modelo repercutiu significativamente na quantidade de internamentos realizados anualmente nas instituições hospitalares da Bahia. No intervalo dos últimos vinte e cinco anos houve uma redução do número de internamentos. No gráfico abaixo é possível verificar que a diminuição da quantidade de internamentos já estava ocorrendo entre 1995 e 2000, antes da Lei 10.216. Entre o ano 2000 e 2001 ocorreu a maior redução no intervalo de um ano, antes de ser iniciado o descredenciamento dos grandes hospitais. Esse fato não pode ser atribuído ao impacto dos CAPS uma vez o primeiro serviço de Salvador só foi habilitado em 2002.

Entre dezembro 2001 e dezembro de 2020 a redução percentual de internamentos foi da ordem de 83,10%. Esse fenômeno ocorreu em concomitância com o cenário nacional como mostrado anteriormente nos gráficos 5 e 6, porém numa proporção duas vezes maior que a verificada em âmbito nacional no mesmo intervalo de tempo.

<sup>114</sup> CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação – Bahia. Quantidade SUS por Especialidade detalhada: psiquiatria. Ano/mês competência. Tipo de Estabelecimento: Hospital Especializado. Acessado em 05/06/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leintBA.def>

**Gráfico 19 - Internações por Capítulo CID-10 V – Transtorno Mental e Comportamental de 1994 a 2020 na Bahia**



Fonte: CNES (2021)<sup>115</sup>

<sup>115</sup> De 1994 a 2007 - Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação – Bahia. Internações por Procedimento e Ano processamento. Período:1994-2007. Procedimento: TODAS AS CLASSES (exceto hospital geral). Acessado em 10/10/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/piBA.def>

De 2008 a 2020 - Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – Bahia. Internações por Estabelecimento e Ano atendimento. Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais. Período: Jan/2008-dez/2020. Acessado em 10/10/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niBA.def>

A redução de internamentos em hospitais psiquiátricos decorre, por um lado, da diminuição da oferta de leitos nesse tipo de estabelecimento, mas, por outro lado, é também o efeito da expansão da oferta de serviços comunitários que passaram a acolher a demanda outrora destinada ao fluxo exclusivo dos hospitais psiquiátricos. Essa segunda variável foi estudada por Miliauskas *et al.* (2019), Machado *et al.* (2018) e Rocha *et al.* (2021). Todos esses estudos apresentam desfechos semelhantes no sentido de que a expansão da RAPS com aumento da cobertura dos serviços diminui as hospitalizações potencialmente evitáveis.

A redução dos internamentos psiquiátricos vista nessas últimas duas décadas no Brasil e na Bahia suscita uma reflexão sobre a estrutura do processo de desenvolvimento social e econômico desse período. Souza (1984, p. 46) fez um debate de fundo relacionado à função social dos hospitais psiquiátricos nas formações capitalistas dependentes. Para esse autor, a determinação de um modelo de capitalismo periférico remete ao conjunto dos interesses “[...] heterogêneos em sua origem de classe, mas que confluem para uma mesma solução político-institucional [...], o aumento do consumo de cuidados psiquiátricos e com isso, de uma só vez, assegura a paz social e legítima medicamente a exclusão”. Nessa perspectiva, a ‘solução político-institucional’, a ‘razão prática’ que motiva o internamento estaria menos relacionada a uma demanda clínica e mais relacionada à resposta-padrão do sistema social e econômico para manter a ordem no jogo das relações econômicas. Essa foi a base da “grande internação” no século XVIII, período em que houve queda no padrão de empregos e salários e, concomitantemente, se multiplicaram os espaços institucionais para internar pessoas (FOUCAULT, 2005, p. 66). Corroborando com essa hipótese, um estudo realizado entre 1996 e 1997 sobre as características sociodemográficas dos internos nos hospitais psiquiátricos de Salvador revelou que “[...] quase a metade (44,4%) da população vive, praticamente, nos hospitais e têm o hospital psiquiátrico como, praticamente, o único local de residência, 22,5%” (RABELO, CARDOSO & MELO, 2005, p. 52). Quase ¼ da população interna tinha dependência social do hospital. O leito era a resposta institucional para um problema social: ou por representar a ‘paz social’ e a disciplina, ou por oferecer uma ‘ação social’ para o ‘exército de reserva’. Souza (1984, p. 48) afirmou que, nessas condições, “o hospital perde sua identidade de ambiente terapêutico para se tornar um albergue medicalizado”. Basaglia (2005, p. 35) alertou criticamente que, pela recorrência e cristalização, a exclusão social havia sido alçada a uma categoria sociopsiquiátrica. A questão não estaria necessariamente no desencadeamento de

transtornos mentais por conta da condição social numa perspectiva essencialista; mas, em sendo submetidos a processos de opressão (classe social, raça, etc.), os sujeitos socioeconomicamente vulneráveis sofrem uma “violência original (a violência de nosso sistema social), que os joga para fora da produção, à margem da vida em sociedade [...]” (BASAGLIA, 1985, p. 108). O destino de alguns desses sujeitos passou a ser o confinamento em um leito psiquiátrico. A desmontagem desse ‘problema-solução’ passaria por desarticular a ‘causa da causa’, ou seja, desarticular a violência original. Isso implicaria em dirigir os esforços para mitigar os determinantes sociais da saúde e as ‘contingências de carreira’ do louco.

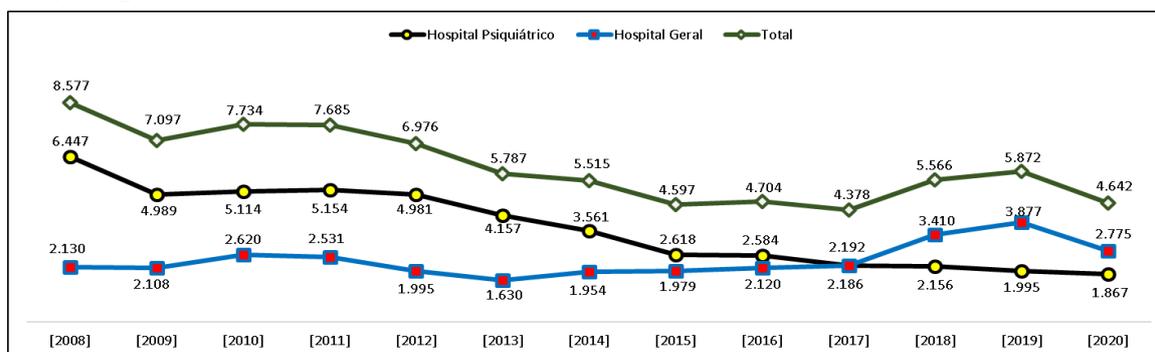
Entre os anos 2000 e 2016 houve importante redução das desigualdades sociais no Brasil com aumento dos níveis de emprego, aumento real do poder de compra, redução acentuada dos indicadores de pobreza, como mostram os dados de Paes de Barros *et al.* (2007), Silva (2018), Paes de Barros (2021). Esse foi um período da ampliação de políticas sociais para a população de maior vulnerabilidade social através de iniciativas como: Transferência de Renda Condicionada (Bolsa Família), Benefício de Prestação Continuada (BPC), Educação de Jovens e Adultos (EJA), políticas habitacionais, entre outras. Essas políticas sociais funcionam como um potente indutor de promoção da saúde por atacar a ‘causa das causas’, ultrapassando o mero combate à doença, ou seja, incidem nos determinantes sociais da saúde. Para Teixeira e Silveira (2017, p. 173), a promoção de saúde é o “desenvolvimento de ações intersetoriais (emprego, geração de renda, saneamento, habitação, educação, transporte, saúde e lazer) e a mobilização social em torno da melhoria da qualidade de vida dos diversos grupos sociais e da população em geral”. É possível que a redução do número de internamentos, ao menos em parte, esteja associada à melhoria nas condições de vida do segmento da população que usava os serviços hospitalares com mais regularidade. Nesse caso, uma combinação entre três fatores: a) redução de leitos; b) a oferta de serviços comunitários; c) melhoria nas condições de vida da população. Contudo, essa terceira possibilidade carece de evidências mais robustas sobre a realidade brasileira.

No caso específico da Bahia, a análise da redução dos internamentos em hospital psiquiátrico deve considerar também o sensível aumento dos internamentos realizados em hospitais gerais. O número de leitos de saúde mental habilitados na Bahia está abaixo da média identificada pela ONU (de 2 leitos de saúde mental em hospital geral para 100.000 habitantes) conforme verificado no *Mental Health Atlas 2017* (OMS, 2018, p. 38). Para a densidade populacional da Bahia em 2021, considerando a fórmula

da OMS, seriam necessários aproximadamente 300 leitos desse tipo. No levantamento realizado no CNES foram identificados somente **2** leitos clínicos [código 87] em um hospital geral em Feira de Santana (tabela 19 acima). Além disso, há **172** leitos psiquiátricos [código 47] habitados em 29 hospitais gerais (tabela 17). De todo modo, a quantidade existente está distante do indicador da OMS. Considerando os parâmetros indicados na Portaria GM nº 1.631/2015, para a Bahia seriam necessários **652** leitos de saúde mental em hospitais gerais.

Mesmo com a pouca disponibilidade de leitos de saúde mental em hospital geral, o número de internamentos por transtorno mental realizados pelos hospitais gerais baianos se equiparou com o número de internamentos em hospitais psiquiátricos. Em 2018 e 2019, o número de internamentos em hospitais gerais fez uma curva ascendente. Em especial, no ano de 2019 os internamentos em hospital geral foram quase o dobro do verificado nos hospitais psiquiátricos. Em 2020 houve uma queda na quantidade geral de internamentos puxada pela redução dos internamentos em hospital geral uma vez que muitos estabelecimentos passaram a atender às demandas decorrentes da pandemia do COVID-19. A média de internamentos em hospital psiquiátrico também teve uma pequena oscilação para menos.

**Gráfico 20** - Série histórica comparada da produção hospitalar em hospital psiquiátrico e hospital geral SUS na Bahia de 2008 a 2020



Fonte: CNES (2021)<sup>116</sup>

Um aspecto absolutamente relevante no levantamento realizado no CNES foi a distribuição por unidade hospitalar dos internamentos por transtornos mentais e comportamentais. Entre 2008 e 2020 foram identificados 588 hospitais credenciados

<sup>116</sup> Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – Bahia. Internações por Estabelecimento e Ano atendimento. Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais. Período: Jan/2008-dez/2020. Acessado em 06/06/2021. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niBA.def>

com leito SUS, contemplando todos os portes (pequeno, médio e grande), todas as especificidades (hospitais especializados, hospitais gerais, maternidades, hospital infantil, etc.) e todas as naturezas (públicos, filantrópicos, privados). Na extração dos dados, verificou-se que entre 2008 e 2020 exatos 349<sup>117</sup> hospitais (58%) fizeram ao menos um internamento com diagnóstico de transtorno mental (CID 10 – F). A resistência à atenção psiquiátrica em hospitais gerais é uma velha conhecida da RPB, como mostram Paes (2013) e Echebarrena (2018); contudo, os dados identificados nesse levantamento sobre a assistência na Bahia revelam uma realidade que diverge do senso comum em relação ao tema. Mais da metade dos hospitais gerais baianos internaram pessoas com transtorno mental mesmo que os leitos habilitados estejam em menos de 10% desses serviços que acolheram a demanda. Logo, verifica-se um grande potencial de ação que pode redimensionar os rumos da política de saúde mental local, abrindo uma promissora possibilidade de avanço. Essa ampliação do número de hospitais gerais que internaram quadros clínicos de transtorno mental é o que justifica o fenômeno apresentado anteriormente no **gráfico 21**.

Há apenas 30 hospitais gerais (tabelas 17, 18, 19), com algum tipo de leito para saúde mental, seja o leito psiquiátrico [código 47], seja o leito clínico [código 87]; entretanto, esses dados apontam para dois horizontes: 1) o número de hospitais com leitos credenciados para saúde mental representou pouco menos de 10% do número de hospitais que em algum momento acolheram pessoas com demanda de cuidados relacionada a transtornos mentais, o que permite considerar que há potencial de expansão de leitos em hospital geral; 2) como acontece nas demais áreas da atenção hospitalar, mesmo que um determinado hospital não seja a referência para a saúde mental ou não tenha leitos habilitados, seria possível qualificar a assistência a partir da definição de protocolos de manejo e fluxo assistencial para as diferentes regiões do estado a fim de consolidar uma rede de retaguarda hospitalar sem a presença de hospital psiquiátrico.

Assim como ocorreu em âmbito nacional, também na Bahia tem sido verificada uma redução na duração dos internamentos desde o ano 2000. Conforme pode ser constatado na tabela abaixo, houve uma redução superior a 50% do tempo médio de

---

<sup>117</sup> Destaque para os hospitais que realizaram mais de 1.000 internamentos ao longo dos últimos doze anos: Hospital São Lucas (Poções), Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães (Itabuna), Hospital Geral Luiz Viana Filho (Ilhéus), Hospital Geral de Vitória da Conquista (Vitória da Conquista), Hospital Regional de Ruy Barbosa (Ruy Barbosa), Hospital Santo Antônio (Salvador), Hospital Gonçalves Martins (Nazaré) e Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Salvador).

permanência que, em 2000, era de 46,7 dias e, em 2020, estava em 20,9 dias; porém, o tempo médio dos internamentos psiquiátricos continua sendo o mais alto de todos os grupos clínicos tipificados pela Classificação Internacional das Doenças (CID-10).

**Tabela 21** - Tempo de Permanência, de acordo com a CID-10, entre 2000 e 2020 na Bahia

Capítulo CID-10	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,6	4,3	4,3	4,1	4,4	4,1	3,9	4	4	4,1	4,3	4,5	4,6	5	5	5,2	5,8	6,1	5,9	7,1	
II. Neoplasias (tumores)	4,4	4,6	4,7	4,4	4,5	4,7	4,6	4,3	4,6	4,7	4,5	4,6	4,6	4,8	4,6	4,5	4,4	4,5	4,4	4,4	4,8
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	5,8	5,5	6,4	6	6	6	6,3	6,3	6,7	6,4	6,1	5,8	6	6,3	6,2	6,2	6,4	6,3	6,7	6,3	6,2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5,7	5,8	5,8	5,6	5,6	5,5	5,2	5,2	5,4	5,2	5,2	5,2	5,2	5,3	5,2	5,2	5,9	6	5,9	6	6,1
V. Transtornos mentais e comportamentais	46,7	48,4	61	51	54,2	54	43,9	46,2	97,8	35,1	33,4	46,4	32,7	33,8	32	49,5	33,2	38	36,9	18	20,9
VI. Doenças do sistema nervoso	14,3	16,8	21,6	24,4	23,2	17,9	14	15	51,9	10,5	10,1	9,7	16,4	9	8,8	9,1	9,8	10	8,4	8,2	7,7
VII. Doenças do olho e anexos	1,1	2,5	0,9	0,9	1,1	1,9	0,5	0,5	0,8	0,6	0,6	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,3
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2,4	2,3	2,4	3,7	2,5	2,3	2,4	2,7	2,9	2,5	2,4	2,6	2,4	3,2	2,9	3	3,1	2,8	3,3	3,7	3,7
IX. Doenças do aparelho circulatório	5,4	5,3	5,4	5,5	5,8	5,6	5,6	5,9	7,3	6,6	6,5	6,7	6,8	7	7,2	7,2	7,6	7,6	7,3	7,2	6,8
X. Doenças do aparelho respiratório	3,9	3,8	3,8	3,7	3,8	3,7	3,6	3,7	4,2	3,9	3,8	3,9	4,2	4,4	4,4	4,4	4,7	4,7	4,6	4,8	5,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	3,4	3,4	3,5	3,4	3,3	3,3	3,2	3,2	3,4	3,4	3,4	3,5	3,8	4	3,7	3,8	3,7	3,6	3,5	3,6	4,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3,9	4,1	4,2	4,5	5	4,6	4,4	4,5	3,5	4,2	4,9	6,6	6,9	7,5	6,9	7,5	7,5	6,7	5,8	5,2	5,7
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	4,4	4,4	5	4,7	5,6	5,9	5,2	5,9	10,4	8	8,6	7,9	7,9	6,8	6,3	6,8	7	7,3	7,2	6,4	5,9
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2,9	3,2	3,3	3,1	3,1	3,2	3	3	3,1	3,2	3,2	3,3	3,4	3,9	3,8	4	4,2	4,2	4,1	4,2	4,6
XV. Gravidez parto e puerpério	1,9	2	2	2,2	2,1	2	2	2	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	5,6	5,8	6,2	5,4	5,7	6,7	7,7	8,1	9,6	10,1	9,8	10,4	11,1	10,8	10,4	10,1	9,6	8,9	8,4	8,4	8,5
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3,7	3,9	2,9	2,8	3	3,3	3,3	3,5	3,7	4	3,8	4	4,1	4,7	4,4	4,9	4,9	4,7	4,6	4,5	5,5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	4,9	4,8	4,3	4,1	5,8	7,7	7,9	7,4	5,8	6,4	5,7	5,8	5,7	5,9	5,9	5,6	6,1	6,3	6,3	6,3	5,7
XIX. Lesões envn e alg out conseq causas externas	4,2	4,5	4,9	4,6	4,9	4,8	4,3	4,5	5	4,9	5	5	5,2	5,5	5,2	5,1	5,4	5,6	5	4,8	4,5
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4,6	4,4	5,1	14,8	22,2	56	1,9	9,1	2,9	2,4	3	4	2,3	4,7	4,1	2,7	...	...	...	...	...
XXI. Contatos com serviços de saúde	3,3	6,5	3,7	1,9	2	1,9	1,5	1,6	1,5	1,6	1,7	1,6	1,7	2	1,7	1,5	1,5	1,5	1,3	1,3	1,2

Fonte: CNES (2021)<sup>118</sup>

## 8.2 - A Política de desinstitucionalização na Bahia a partir de 2017

Em 2017 os quatro hospitais psiquiátricos da rede própria da SESAB estavam indicados para descredenciamento a partir das avaliações do PNASH ocorridas em anos anteriores. Na ocasião, existiam cinco hospitais psiquiátricos no estado. O Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Juazeiro) também estava indicado para descredenciamento, mas não foi listado no grupo naquele momento. Em fevereiro daquele ano, a Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC) da SESAB definiu, por meio do ofício DGC N° 09/2017, o descredenciamento de três dos quatro hospitais anteriormente indicados pelo Ministério da Saúde. A circulação da notícia gerou preocupação nos diferentes segmentos da luta antimanicomial no estado. Foi constituída uma “*Frente pela Ampliação da Rede de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, na Bahia*” que reagiu redigindo um documento público, alegando a fragilidade da RAPS naquele momento e apontando os riscos de um processo amplo de descredenciamento de leitos sem que tivesse sido feito planejamento para evitar a desassistência. Nesse documento a “*Frente*” ressaltou ser favorável ao fechamento de todos os leitos em hospitais psiquiátricos no estado, mas desde que mediante a formulação de um “plano de desinstitucionalização para o estado com a alocação de recursos para a implantação e

<sup>118</sup> CNES - Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – Brasil. Média Permanência por Capítulo CID-10 e Ano processamento. Período:2000-2020. Acessado em 10/10/2021. Disponível em: (2000 - 2007) <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/miuf.def> (2008 - 2020) <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niBA.def>

funcionamento de equipamentos necessários para esse processo” (ABRASCO, 2017). Ao final, o documento apontou sete encaminhamentos, incluindo a constituição de uma comissão para elaboração e monitoramento do processo. Esse documento foi assinado por instituições como: ABRASCO, ABRASME, Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental da Bahia (AMEA), CEBES, NESM, RENILA, entre outros.

Diante da pressão desses agentes antimanicomiais, em 31/03/2017 a SESAB publicou a Portaria SES/BA nº 415, que definiu a composição e as atribuições da Comissão Interinstitucional de Planejamento das Ações de Desinstitucionalização no Estado da Bahia (CIPAD). Essa Comissão tinha previsão de duração de três meses para formular um ‘Plano de Trabalho’ executivo para operacionalização da desinstitucionalização, como também definir as “prioridades para implementação de ações e serviços no Estado e contribuir para a elaboração e execução de propostas de comunicação e divulgação acerca das ações pactuadas” (BAHIA, 2018a, p. 17/18). A CIPAD teve uma composição inter-institucional com segmentos de instituições estatais, representação de diversos movimentos sociais e representações de classe. Desse modo, segundo Bahia (idem, idem), com 16 membros titulares, a comissão constituída com:

- a) representantes intrasetoriais – Grupo de Trabalho Intrainstitucional (GTI) para os Processos de Desinstitucionalização dos Hospitais da Rede Própria/SESAB, Núcleos Regionais de Saúde (NRS) e dos Hospitais Psiquiátricos;
- b) representantes de instâncias intersetoriais – Ministério Público do Estado da Bahia (MP/BA), que posteriormente oficializou sua retirada da CIPAD, Defensoria Pública do Estado da Bahia (DPE/BA), Secretarias Municipais de Saúde (SMS) de Salvador, Feira de Santana e Vitória da Conquista, Associação Psiquiátrica da Bahia (APB-BA) e Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME);
- c) representantes de Instituições de Ensino Superior (IES) – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS);
- d) entidades de Controle Social – Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Conselho Estadual de Saúde (CES), Conselhos Municipais de Saúde (CMS), Associação Metamorfose Ambulante (AMEA) e Frente pela Ampliação e Fortalecimento da RAPS na Bahia.

Em junho de 2017 a representação do Ministério Público Estadual da Bahia (MPE) comunicou formalmente o desligamento da CIPAD. Em setembro de 2017 o MPE, o Ministério Público Federal (MPF) e a Defensoria Pública da União (DPU) protocolaram uma Ação Civil Pública, com pedido de concessão de tutela de urgência em caráter liminar na qual pleitearam “[...] estancar a apriorística desmobilização dos

serviços prestados pelos Hospitais Juliano Moreira, Mário Leal e Lopes Rodrigues, para evitar rebaixamento ainda maior do (já sofrível) nível de resolutividade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Bahia” (BAHIA, MPF & DPU, 2017, p. 2). Em síntese, a demanda dos operadores da justiça determinou a suspensão dos efeitos de todas as ações relacionadas ao descredenciamento dos Hospitais Especializados. Essa ACP estabeleceu multas financeiras em caso de descumprimento da determinação. Além disso, pedia a condenação do ‘réu’, a SESAB, a apresentar um plano de gestão da saúde mental em até sessenta dias da oficialização da *Ação Civil Pública*. Em função desse procedimento, o processo de descredenciamento dos hospitais indicados foi completamente suspenso.

Como efeito da desinstitucionalização iniciada antes da ordem judicial, a SESAB transferiu todos os 21 leitos do Hospital Especializado Afrânio Peixoto (Vitória da Conquista) para o Hospital Crescêncio Silveira.

Mesmo com a determinação contrária, a SESAB deu seguimento à CIPAD. A Portaria SESAB nº 415 foi prorrogada por mais três meses por meio da Portaria SESAB nº 803, de 19/07/2017, para que o “Plano de Desinstitucionalização” fosse finalizado.

O “Plano” estabeleceu seis eixos prioritários: 1) Expansão e Qualificação dos Pontos de Atenção da Rede; 2) Desenvolvimento de estratégias de desinstitucionalização por hospital psiquiátrico; 3) Desenvolvimento de atividades de Educação Permanente; 4) Cofinanciamento estadual de CAPS-III e CAPS-ad-III; 5) Instituição de Coordenação de Saúde Mental na esfera estadual; 6) Desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação. O “Plano” tem uma grande lacuna por não definir números de serviços necessário, recursos financeiros disponíveis e datas para operacionalização das ações. Além disso, diante da inexistência de um marco regulatório da “política estadual de saúde mental”, o documento apresentou um conjunto de apontamentos mais genéricos sobre a questão do cofinanciamento de alguns serviços comunitários e a questão da reconstituição da coordenação para a política de saúde mental do estado.

Em 17 de fevereiro de 2018 o Conselho Estadual de Saúde (CES-BA), por meio da Resolução nº 40/2017, aprovou o Plano Estadual da Desinstitucionalização da Saúde Mental. A Plenária da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia (CIB), por ocasião da 259ª Reunião Ordinária realizada no dia 17 de maio de 2018, também aprovou o Plano de Desinstitucionalização na Bahia e definiu os eixos para o fortalecimento da RAPS no território baiano. Por fim, o Diário Oficial do Estado da Bahia (DOE), em 13 de agosto

de 2019, por meio da Portaria SESAB nº 352, aprovou o Plano de Desinstitucionalização da Bahia, completando a tríade de formalização desse instrumento orientador da gestão.

Cada um dos eixos definidos no “Plano” teve uma evolução particular. O eixo ‘1’ (expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede) avançou pouco, como será visto no tópico 8.4 a seguir.

O eixo ‘2’ – estratégias de desinstitucionalização- continua com impasse. Esse seria, em tese, o motor da reorientação do modelo assistencial na Bahia no que diz respeito à desmontagem do parque manicomial. O “Plano” apresentou sugestões específicas para cada um dos quatro hospitais públicos existentes. Somente o Hospital Especializado Afrânio Peixoto foi definitivamente descredenciado entre 2017 e 2018. O Hospital Especializado Lopes Rodrigues continuou o cuidadoso processo de transferência de moradores para SRT ou famílias. Além disso, a proposta mais radical do “Plano” era transformar a estrutura física desse hospital num complexo assistencial “com serviços e equipamentos para as pessoas com necessidades decorrentes de uso de álcool e outras drogas a exemplo de CAPS AD III regional, Unidade de Acolhimento, Centro de Convivência, Centro de Esporte, Cultura e Lazer, dentre outros serviços” (BAHIA, 2018a, p 29). Contudo, essa proposta não apareceu de forma explícita em nenhuma das agendas do planejamento da política estadual de saúde dos anos posteriores. Ainda em relação às transformações na assistência na região de Feira de Santana, o ‘Plano’ propôs uma discussão com gestores do Hospital D. Pedro (de Alcântara) sobre os 2 leitos de Saúde Mental habilitados no CNES para monitoramento da prestação do serviço; implantação de 10 Leitos de Saúde Mental no Hospital Clériston Andrade; implantação de 04 leitos no Hospital da Chapada. Dessas três metas a única efetivada foi a habilitação dos leitos do Hospital da Chapada.

Em relação às metas do ‘eixo 2’ para o Hospital Especializado Juliano Moreira, o “Plano” propôs oito ações estruturantes, entre as quais:

- desativação progressiva dos leitos psiquiátricos de internação, concomitante à implementação e fortalecimento da RAPS na Bahia, principalmente, a partir da expansão dos CAPS III e dos CAPS ad III, dos leitos de saúde mental em hospitais gerais e a implementação de um fluxo de atenção às urgências em saúde mental no Estado;
- Implantação de um Centro de Economia Solidária, objetivando o fomento de ações de geração de renda propulsionando a inclusão social pelo trabalho e permitindo a configuração de um espaço produtivo;
- Reconfiguração do CENA (Centro de Saúde Mental de Narandiba) para o funcionamento de um Centro de Convivência, Esporte, Cultura e Lazer (BAHIA, 2018a, p. 37/38).

Nenhuma dessas três ações foi executada. A ação fundamental seria o fortalecimento da RAPS na microrregião de saúde de Salvador. Entre 2017 e 2020 foram implantados e habilitados 21 novos CAPS na Bahia, nenhum deles pertence ao município de Salvador ou à microrregião de Salvador que envolve outros 8 municípios e tem a maior densidade populacional do estado. A única mudança em relação aos CAPS de Salvador foi a construção da sede própria de um CAPS II que foi concomitantemente requalificado para o tipo III. Portanto, não houve ampliação do número de serviços, apenas mudança de perfil. Em que pese o fato do “Plano” ter como meta a expansão da RAPS, em Salvador não houve ampliação do número de SRT, UA e leitos em hospital geral. Nem mesmo o Centro de Economia Solidária e o Centro de Convivência foram implantados. Em síntese, o ‘eixo 2’ do “Plano de Desinstitucionalização” produziu pouco resultado no contexto de Salvador. Isso se agrava por conta da Ação Civil Pública ajuizada pelo MPE, MPF e DPU que condiciona qualquer mudança na assistência hospitalar psiquiátrica à ampliação da RAPS<sup>119</sup>; portanto, se não houver ampliação da RAPS o descredenciamento dos hospitais continuará interdito por medida judicial.

O eixo ‘3’ tem sido timidamente executado, foram realizadas duas turmas de um curso de curta duração destinado a multiplicadores vinculados à própria gestão<sup>120</sup>. Em 2019 foi iniciado um processo formativo para técnicos da própria SESAB que atuam nos Núcleos Regionais de Saúde (NRS) e Bases Operacionais de Saúde (BOS)<sup>121</sup>. Essa atividade pretendeu fortalecer o ‘Plano’; contudo, os conteúdos se limitaram a formação para trabalhadores da gestão que podem atuar como multiplicadores na estruturação da RAPS nas diversas regiões de saúde do estado. Em 2021 a Escola de Saúde Pública da Bahia iniciou um curso de aperfeiçoamento para coordenadores dos CAPS do estado. A turma teve apenas 30 vagas<sup>122</sup> para CAPS tipo I. Na ocasião a Bahia já tinha 187 CAPS

---

<sup>119</sup> A ACP é inespecífica em termos de números e tipos de serviços da RAPS, assim como é inespecífica em termos de definição de localização territorial para a expansão da RAPS. Logo, a generalização ou indeterminação formal dessa ação judicial gera um impasse que, no mínimo, favorece a conservação dos hospitais psiquiátricos da Bahia.

<sup>120</sup> “Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental: Incentivo à implementação da RAPS no âmbito do SUS”. Além de limitar a carga-horária a 60 horas, cada uma das turmas foi limitada a cerca de 60 participantes. Essa quantidade de vagas disponibilizadas não daria nem para satisfazer a demanda dos CAPS do estado.

<sup>121</sup> Ver: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/09/11/atividades-do-curso-de-aperfeiçoamento-em-saude-mental-sao-retomadas/>

<sup>122</sup> Ver: [http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/Edital\\_Curso-de-Aperfeiçoamento-em-Saude-Mental.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/Edital_Curso-de-Aperfeiçoamento-em-Saude-Mental.pdf)

desse tipo, o número de vagas nesse curso equivalia a 16% dos CAPS I habilitados no estado.

O eixo '4', que versava sobre o cofinanciamento de algumas modalidades de CAPS, recebeu tratamento específico. A Portaria SESAB nº 543, de 10 de maio de 2018 instituiu incentivo financeiro mensal para CAPS tipo III e CAPS-ad-III, sendo R\$ 50.000 e R\$ 70.000 respectivamente.

O eixo '5' – instituição da Coordenação Estadual de saúde mental - e o eixo '6' – desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação – não foram efetivados. A SESAB não constituiu o grupo gestor para o monitoramento interinstitucional conforme previsto nas portarias aprovadas. Atualmente não existe coordenação estadual de saúde mental operando no nível da gestão da SESAB.

### **8.3 - Panorama do contexto demográfico, social, econômico e a regionalização da saúde da Bahia**

#### **8.3.1 - Dados demográficos**

O estado da Bahia está situado na região Nordeste do Brasil, possui uma extensão territorial de 564.760,427 km<sup>2</sup>, correspondendo à 5ª maior extensão em termos de área, ocupa 6,6% da área geográfica do país e 36,3% da região Nordeste. Faz divisa com nove estados brasileiros: Alagoas, Sergipe, Pernambuco, Piauí, Tocantins, Goiás, Minas Gerais e Espírito Santo.

No Censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), verificou-se que a densidade populacional nesse estado era de 24.82 hab./km<sup>2</sup>, 14º colocação no país. A população baiana reside predominantemente na zona urbana, 72,07% dos habitantes moram nas cidades enquanto que 27,93% residem nas zonas rurais<sup>123</sup>. O estado possui 417 municípios, figurando como o 4º colocado em quantidade de municípios. Há 27 territórios de identidade. Há 17 cidades com população superior a 100.000 habitantes que juntas concentram 41,5% do total da população do estado. O município mais populoso é a capital Salvador que, segundo estimativa do IBGE para 2021, teria 2.886.698 habitantes (dois milhões, oitocentos e oitenta e seis mil, seiscentos e noventa e oito); o município menos populoso é Maetinga com 2.764 habitantes. Dos 417 municípios há exatos 174 (41,7% do total) com população inferior a 15.000

---

<sup>123</sup> Dados do Censo de 2010. Link: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/1378#resultado>

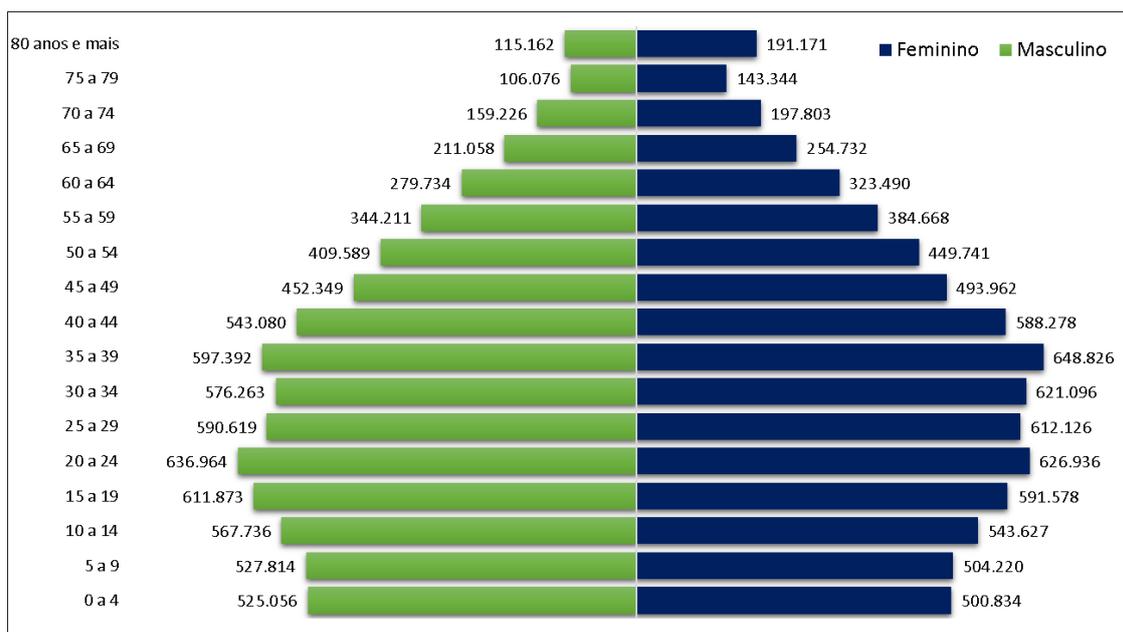
habitantes, população menor que a exigida para implantação de CAPS; esses pequenos municípios juntos somam 1.772.784 habitantes (11,87% do total). No estado, somente as cidades de Salvador e Feira de Santana possuem população acima de 500.000 habitantes e 58,5% dos municípios são de pequeno porte. Com dados do IBGE referentes ao porte populacional, os municípios baianos estão distribuídos conforme tabela abaixo.

<b>Intervalo</b>	<b>Nº Mun.</b>	<b>% Mun.</b>	<b>Pop.</b>	<b>% Pop.</b>
menos de 20.000	244	58,5	2.980.013	20,0
de 20.001 a 40.000	107	25,7	2.892.117	19,4
de 40.001 a 60.000	29	7,0	1.368.163	9,2
de 60.001 a 80.000	13	3,1	891.466	6,0
de 80.001 a 100.000	7	1,7	604.134	4,0
de 100.001 a 200.000	10	2,4	1.409.522	9,4
de 200.001 a 400.000	5	1,2	1.278.912	8,6
500.000 ou mais	2	0,5	3.506.307	23,5
	<b>417</b>	<b>100,0</b>	<b>14.930.634</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaboração própria com base no IBGE (2021)

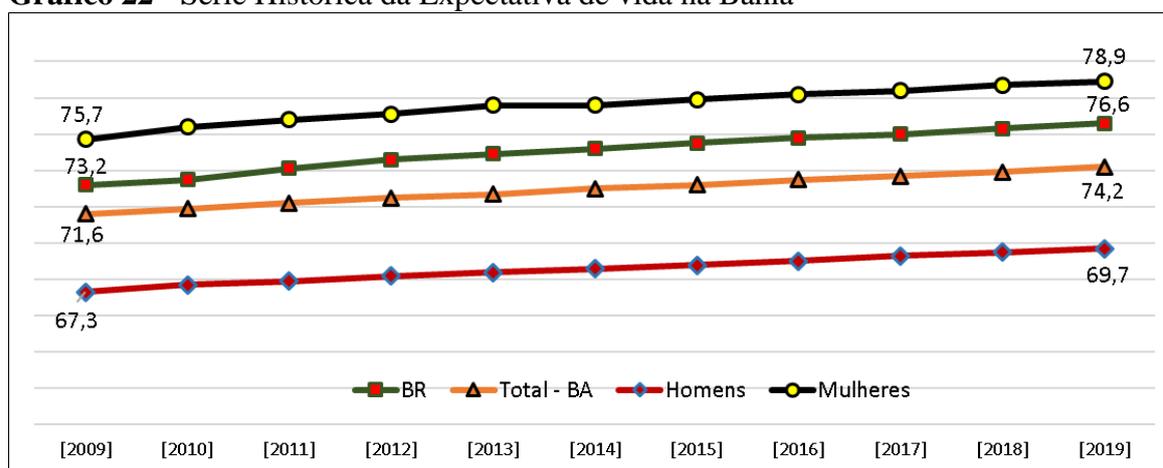
O IBGE estimou que em 2020 a população da Bahia era de 14.930.634<sup>124</sup> habitantes, dos quais os homens correspondiam a cerca de 7.254.202 (48,59%), e as mulheres correspondiam a 7.676.432 (51,41%). Para cada grupo de 100 mulheres havia 98,3 homens. A maior parte da população estava concentrada nas faixas etárias entre 15 e 39 anos. A pirâmide etária permite verificar que sua base é mais estreita que seu meio. A população com mais de 60 anos é de 1.981.796, equivalente a 13,27% do total. É significativa a quantidade de pessoas na faixa de idade igual ou superior a 80 anos; nesse segmento estima-se que sejam 306.333 habitantes, equivalendo a 2,05% da população do estado.

<sup>124</sup> População estimada: MOD\_QUICK\_FACTS\_NOTA\_POPESTIMADA\_MUNICIPIO: Fontes: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba.html>

**Gráfico 21 - Pirâmide etária da Bahia em 2020**

Fonte: Elaboração própria com dados da SESAB/ SUVISA/ DIVEP/ GT Demografia (2021)<sup>125</sup>

A expectativa de vida na Bahia tem crescido em ritmo semelhante ao crescimento em âmbito nacional. Historicamente a expectativa de vida média na Bahia é cerca de dois anos menor que a média nacional. A expectativa de vida das mulheres baianas é maior que a dos homens baianos em cerca de oito anos; a expectativa de vida das mulheres baianas é também maior que a expectativa de vida média nacional.

**Gráfico 22 - Série Histórica da Expectativa de vida na Bahia**

Fonte: Elaboração própria com dados da 'Tábua Completa de Mortalidade para o Brasil' (IBGE)<sup>126</sup>

<sup>125</sup> Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pela SESAB/SUVISA/DIVEP/COASS/GT Demografia. Acessado em 22/10/2021. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/tabcgi.exe?populacao/popresid.def>

<sup>126</sup> Ver: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73097>

Entre os anos 2000 e 2018, a taxa de fecundidade no estado diminuiu em 32,8%. Nesse intervalo, o número de filhos por mulher foi reduzido de 2,49 para 1,67 (SESAB, 2020, p. 30). De acordo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o número anual de nascimentos tem diminuído gradativamente, como visto na tabela abaixo.

**Tabela 22 - Série histórica de nascidos vivos na Bahia**

Ano	2001	2005	2010	2015	2020
Nascidos vivos	239.870	232.844	211.195	204.207	185.914

Fonte: TABNET/DATASUS (2021)<sup>127</sup>

### 8.3.2 - Dados Econômicos

Triste Bahia  
(Gregório de Matos)

Triste Bahia! ó quão dessemelhante  
está estável e estou do nosso antigo estado!  
Pobre te vejo a ti, tu a mi empenhado,  
Rica te vejo eu já, tu a mi abundante.

A ti tocou-te uma máquina mercante,  
Que em tua larga barra tem entrado,  
A mim foi-me trocando, e tem trocado,  
Tanto negócio e tanto negociante.

Deste em dar tanto açúcar excelente  
Pelas drogas inúteis, que abelhuda  
Simples aceitas do sagaz brichote.

Oh! se quisera Deus que de repente  
Um dia amanheceras tão sisuda  
Que fora de algodão o teu capote!

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar PNAD-Contínua (PNAD-C), realizada em 2020<sup>128</sup>, o rendimento domiciliar *per capita* médio mensal no estado é de R\$ 965,00, abaixo da média mensal brasileira que é de R\$ 1.380,00. A Bahia está na 18ª colocação entre os estados brasileiros nesse indicador. O rendimento médio real habitual das pessoas acima de 14 anos que estão ocupadas foi R\$

<sup>127</sup> Nascimento p/ocorrência, por Unidade da Federação e Ano do nascimento Unidade da Federação: Bahia Período:2001-2019 <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> e 2020 em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvba.def>

<sup>128</sup> Ver: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3100/rdpc\\_2020.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3100/rdpc_2020.pdf)

1.529,00 no terceiro trimestre de 2020. O rendimento médio dos 4% mais pobres foi R\$ 456,00, enquanto que o rendimento dos 10% mais ricos foi em média R\$ 6.918,00. De acordo com o Departamento Intersindical para Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE)<sup>129</sup>, o salário mínimo necessário para manutenção de uma família com dois adultos e duas crianças no Brasil deveria ser R\$ 5.304,90 nesse período.

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), através do Radar IDH-M de 2019, identificam que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da Bahia foi de 0,714<sup>130</sup> - a 22ª colocação entre os estados brasileiros- ficando abaixo da média do Brasil que foi de 0,774<sup>131</sup>. O Índice de Gini no ano de 2020 na Bahia foi 0,556<sup>132</sup><sup>133</sup>, um pouco pior que média brasileira que no mesmo ano foi 0,543.

Comparando com o cenário mundial, o atual Índice de Gini da Bahia é compatível com a Suazilândia<sup>134</sup> -país da África Meridional que tem a menor expectativa de vida do mundo- e da República Democrática de São Tomé e Príncipe – país africano do Golfo da Guiné.

Segundo o PNAD-C de 2019, a Bahia foi o estado brasileiro com o 2º maior número absoluto de pessoas pobres cujo indicador de Paridade do Poder de Compra (PPC) é igual ou inferior a R\$ 5,5 diários (cerca de R\$ 856,00<sup>135</sup> em 30 de dezembro de 2020); essa condição monetária atinge 40,41% da população<sup>136</sup> ou cerca de 6.033.469 pessoas. A extrema pobreza, ou seja, o grupo de pessoas cujo PPC é inferior a U\$ 1,90 diários (ou equivalente a R\$ 296,00 mensais na cotação do dólar em em 31 de dezembro de 2020), atingia 12,5% da população. No indicador de extrema pobreza, a Bahia

<sup>129</sup> Ver: <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html#2020>

<sup>130</sup> Dados tabulados até 2017: Radar IDHM: evolução do IDHM e de seus índices componentes no período de 2012 a 2017. – Brasília: IPEA: PNUD: FJP, 2019. Disponível em [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/Radar%20IDHM%20PNADC\\_2019\\_Book.pdf](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/Radar%20IDHM%20PNADC_2019_Book.pdf)

<sup>131</sup> O relatório do PNUD de 2020 mostra uma queda para 0,765, implicando numa queda de 5 posições no ranking do IDH. O Brasil ocupa atualmente a 84ª colocação. Ver: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2020\\_overview\\_portuguese.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2020_overview_portuguese.pdf)

<sup>132</sup> Ver: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/pesquisa/45/62737?localidade1=0>

<sup>133</sup> O Índice de Gini é uma escala que vai de 0 a 1. Quanto mais próximo do número 1, maior é a desigualdade. Portanto, de acordo com os dados do IBGE, a Bahia tem uma desigualdade média maior que a média do Brasil.

<sup>134</sup> Ver World Bank Index: [https://data.worldbank.org/indicador/SI.POV.GINI?name\\_desc=false](https://data.worldbank.org/indicador/SI.POV.GINI?name_desc=false)

<sup>135</sup> Em 30 de dezembro de 2020 o dólar comercial equivalia a R\$ 5,19.

<sup>136</sup> Mapa da pobreza; índice de pobreza; nível inferior: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/pesquisa/36/30246>

ocupava o 1º lugar em números absolutos no Brasil com cerca de 1.866.329 pessoas. Essas posições praticamente não se alteraram entre 2016 e 2019. No geral, o Brasil está no grupo das dez piores distribuições de renda do mundo no Índice de Gini.

A PNAD Contínua de 2019 mostrou que 27% dos domicílios baianos tinham algum vínculo com o Programa Bolsa Família, e outros 5,5% tinham um Benefício de Prestação Continuada. Cerca de 1/3 da população baiana tem a principal fonte de renda dependente de alguma política social. Há uma profunda desigualdade dos padrões de receita entre os municípios baianos. De acordo com o IBGE<sup>137</sup>, em 2018 o município de São Francisco do Conde tinha o maior PIB *per capita* do estado, avaliado em R\$ 225.290,31; o rendimento médio mensal dos trabalhadores formais nesse município foi de 5,2 salários mínimos. No outro lado dessa escala está o município de Novo Triunfo onde o PIB *per capita* foi avaliado em R\$ 5.064,60; o rendimento médio mensal dos trabalhadores formais nesse município foi de 1,8 salários mínimos.

O PIB baiano foi o maior do Nordeste em 2020, cerca de R\$ 303,3 bilhões<sup>138</sup>. A Bahia participa com 4,1% do PIB do Brasil e 28,5% do PIB do Nordeste. Nacionalmente o PIB *per capita* foi R\$ 33.594; no Nordeste o PIB *per capita* foi R\$ 17.703. O PIB *per capita* baiano foi R\$ 19.324,04<sup>139</sup>; essa é a 18ª posição nacional nesse indicador. A soma do rendimento domiciliar *per capita* médio mensal na Bahia é de R\$ 11.580. Verifica-se uma significativa diferença entre o PIB *per capita* e o rendimento domiciliar médio *per capita*, o que sugere uma considerável concentração de renda, refletida também pelo Índice de Gini.

Se a Bahia fosse um país, seguindo o padrão de indicadores monetários do Fundo Monetário Internacional (FMI)<sup>140</sup>, o PIB de 2020 estaria na 79ª colocação,

<sup>137</sup> Ver: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba.html>

<sup>138</sup> Ver: <http://www.seplan.ba.gov.br/2021/03/2257/PIB-baiano-avanca-09-no-quarto-trimestre-e-fecha-2020-com-retracao-de-34.html>

<sup>139</sup> InfoBahia, o estado em números. Secretaria de Planejamento. 2020. Acessado em 25/06/2021. Disponível em: [https://www.sei.ba.gov.br/images/resumo/resumo\\_bahia.pdf](https://www.sei.ba.gov.br/images/resumo/resumo_bahia.pdf)

<sup>140</sup> Fundo Monetário Internacional. Indicador - *Gross domestic product, current prices*. Units: U.S. dollars. Scale: billions. Country/Series-specific notes: Gross domestic product, current prices (National currency). <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2021/April/weo-report?c=512,914,612,614,311,213,911,314,193,122,912,313,419,513,316,913,124,339,638,514,218,963,616,223,516,918,748,618,624,522,622,156,626,628,228,924,233,632,636,634,238,662,960,423,935,128,611,321,243,248,469,253,642,643,939,734,644,819,172,132,646,648,915,134,652,174,328,258,656,654,336,263,268,532,944,176,534,536,429,433,178,436,136,343,158,439,916,664,826,542,967,443,917,544,941,446,666,668,672,946,137,546,674,676,548,556,678,181,867,682,684,273,868,921,948,943,686,688,518,728,836,558,138,196,278,692,694,962,142,449,564,565,283,853,288,293,566,964,182,359,453,968,922,714,862,135,716,456,722,942,718,724,576,936,961,813,726,199,733,184,524,361,362,364,732,366,144,146,463,528,923,738,578,537,742,866,369,744,186,925,869,746,926,466,112,111,298,927,846,299,582,487>

riqueza aproximada de países como Belarus (país do leste europeu) e Uzbequistão (país da Ásia central). Nessa posição o PIB da Bahia seria superior ao PIB de aproximadamente 120 países da lista do FMI, incluindo Croácia, Uruguai, Venezuela, Luxemburgo, entre outros.

A ‘Síntese dos Indicadores Sociais’ do IBGE, com base na PNAD-C de 2019, revelou que 56,6% dos trabalhadores ocupados estavam em ocupações informais (IBGE, 2020, p. 37). O IBGE estimou que a população em idade de trabalhar em 2020<sup>141</sup> correspondia a aproximadamente 12.385.000 de pessoas, contudo a efetiva força de trabalho foi de 6.484.000. Desse quantitativo, havia cerca de 5.188.000 que possuía alguma ocupação laboral, enquanto que outros 1.296.000 estavam na condição de desocupação. Das pessoas com alguma ocupação, cerca de 3.249,00 (62,63%) possuía carteira assinada ou vínculo estatutário, enquanto que 1.939.000 (37,37%) de pessoas tinha ocupação na condição de vínculo informal. A Secretaria de Planejamento da Bahia estimou que no quarto trimestre de 2020 o índice de desemprego era de 20,0%<sup>142</sup>. O DIEESE<sup>143</sup> considerou que a taxa de desocupação somada com a taxa de desalento foi de 26,8% no ano de 2020 e aproximadamente 29,7% em 2021.

Entre 2019 e 2020 a população com idade para o trabalho aumentou 3,3%. Nesse intervalo, a taxa de desocupação aumentou 3,6%. Além disso, houve queda no nível de pessoas ocupadas (formais e informais). A quantidade de pessoas participando da força de trabalho foi reduzida em 5,6%. Esses dados refletem o impacto da pandemia para o mercado de trabalho de um modo geral. De todo modo, o índice de desemprego permanece alto desde 2016; a pandemia agravou o cenário preexistente.

**Tabela 23** - Indicador de taxa de ocupação laboral na Bahia

Indicador		2019 (dez.)	2020 (dez.)
Taxa %	Taxa de desocupação	16,4%	20,0%

[.474.754.698,&s=NGDPD.&sy=2019&ey=2020&ssm=0&scsm=1&sc=0&ssd=1&ssc=0&sic=0&sort=country&ds=.&br=1](https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Trimestral/Quadro_Sintetico/2020/pnadc_202004_trimestre_quadrosintetico.pdf)

<sup>141</sup> PNAD Contínua - trimestre: out-nov-dez/2020. Divulgação: março de 2021. Acessado em 20/10/2021. Disponível em: [https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Nacional\\_por\\_Amostra\\_de\\_Domicilios\\_continua/Trimestral/Quadro\\_Sintetico/2020/pnadc\\_202004\\_trimestre\\_quadrosintetico.pdf](https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Trimestral/Quadro_Sintetico/2020/pnadc_202004_trimestre_quadrosintetico.pdf)

<sup>142</sup> Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI). Indicadores Econômicos da Bahia Março 2021. Boletim de Indicadores Econômicos da Bahia, Salvador, mar. 2021. Acessado em 25/06/2021. Disponível em: [https://www.sei.ba.gov.br/images/releases\\_mensais/pdf/bceb/ieb\\_mar\\_2021.pdf](https://www.sei.ba.gov.br/images/releases_mensais/pdf/bceb/ieb_mar_2021.pdf)

<sup>143</sup> DIEESE - Condição do Mercado de Trabalho Indicadores Trimestrais Brasil e Estados. Acessado em 22/10/2021. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/outraspublicacoes/2021/IndicadoresPrimeirosTrimestresMercadoTrabalho.pdf>

	Nível da ocupação	48,5%	41,9%
	Taxa de participação na força de trabalho	58,0%	52,4%
	Estimativa de nº de pessoas	11.989.000	12.385.000

Fonte: PNAD-C (2020)

De acordo com a PNAD-C 2020, o número de pessoas fora da força de trabalho é bastante expressivo na Bahia; corresponde a 47,64% das pessoas em idade de trabalhar. Das 6.950.000 pessoas que estão inseridas na força de trabalho, cerca de 80% encontram-se ocupadas, enquanto que 20% estão desempregadas ou em busca de um trabalho.

**Tabela 24 - Indicador da força de trabalho e condição na ocupação na Bahia**

Indicador		2019 (dez.)	2020 (dez.)
Por condição em relação à força de trabalho e condição na ocupação	Na força de trabalho	6.950.000	6.484.000
	Ocupada	5.809.000	5.188.000
	Desocupada	1.141.000	1.296.000
	Fora da força de trabalho	5.039.000	5.901.000

Fonte: PNAD-C (2020)

Um fenômeno relevante em relação à tipificação do trabalho na Bahia é a alta informalidade dos vínculos trabalhistas. Das 5.188.000 pessoas caracterizadas como ocupadas em 2020, cerca de 3.249.000 (62,63%) foram categorizadas como ‘empregadas’ ao tempo em que as outras 1.939.000 (37,37%) são consideradas empregadoras ou autônomas. Cerca de 36,7% das pessoas caracterizadas como ‘empregadas’ continuam sem vínculo formal com o emprego, inclusive no setor público. Chama atenção também a quantidade de pessoas que trabalham em serviços do lar e não têm vínculo empregatício formal. Essa condição atinge 78,3% das trabalhadoras desse setor.

O número de pessoas que trabalha por conta própria foi superior ao número de trabalhadores do setor privado que têm vínculo empregatício formal nos dois anos aqui comparados, mas também houve diminuição entre 2019 e 2020.

**Tabela 25 - Pessoas ocupadas por posição na ocupação, setor e categoria do emprego no trabalho principal na Bahia**

Empregado	Tipo de vínculo	2019 (dez.)	2020 (dez.)
Setor privado (excluso trabalhador doméstico)	Com carteira	1.454.000	1.298.000
	Sem carteira	1.064.000	886.000
Total setor privado		2.518.000	2.184.000
Trabalhadora do lar	Com carteira	77.000	66.000

	Sem carteira	340.000	239.000
Total trabalhadora do lar		417.000	305.000
Setor público	Com carteira	48.000	57.000
	Militar e funcionário público estatutário	474.000	477.000
	Sem carteira	220.000	226.000
Total Setor Público		741.000	760.000
Total geral		3.676.000	3.249.000

Empregador/empreendedor	2019 (dez.)	2020 (dez.)
Empregador	205.000	177.000
Conta própria	1.745.000	1.574.000
Trabalhador familiar auxiliar	184.000	188.000
<b>Total geral</b>	<b>2.179.000</b>	<b>1.939.000</b>

Fonte: PNAD-C (2020)<sup>144</sup>

A maioria dos empregos na Bahia está concentrada no setor de serviços e comércio, indústria e agropecuária. Em 2020 aproximadamente 70% dos empregos estavam no setor de serviços e comércio, cerca de 20% no setor industrial e os outros 10% estão na agropecuária e outros setores de menor relevância. Essas posições permanecem as mesmas desde a década de 2000 havendo pequenas variações apenas nos percentuais dessas atividades. A estrutura do setor de serviços, está dividida em: administração pública, comércio, atividades imobiliárias, profissões liberais, atividades de educação e saúde. A principal atividade industrial em termos de PIB é a ‘indústria de transformação’, principalmente o refino de petróleo em São Francisco do Conde, que responde por 9,8% da produção nacional movimentando R\$ 15,8 bilhões. Destaca-se ainda a indústria de produtos químicos, alimentos, papel e celulose, borracha e plásticos<sup>145</sup>.

De acordo com a PNAD-C de 2019, somente 29,9% dos domicílios possuía computador ou tablete, enquanto que 90,4% possuía celular e 94,1% possuía aparelho televisor<sup>146</sup>. A ‘Síntese dos Indicadores Sociais’ do IBGE apontou que em 2020 a população baiana tinha um conjunto de restrições de acesso a bens e serviços básicos nas seguintes especificações e proporções:

<sup>144</sup> PNAD Contínua - Divulgação: março de 2021 Trimestre: out-nov-dez/2020. Acessado em 20/10/2021. Disponível em:

[https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Nacional\\_por\\_Amostra\\_de\\_Domicilios\\_continua/Trimestral/Quadro\\_Sintetico/2020/pnadc\\_202004\\_trimestre\\_quadroSintetico.pdf](https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Trimestral/Quadro_Sintetico/2020/pnadc_202004_trimestre_quadroSintetico.pdf)

<sup>145</sup> InfoBahia, o estado em números. Secretaria de Planejamento. 2020. Acessado em 25/06/2021. Disponível em: [https://www.sei.ba.gov.br/images/resumo/resumo\\_bahia.pdf](https://www.sei.ba.gov.br/images/resumo/resumo_bahia.pdf)

<sup>146</sup> Ver: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/pesquisa/10070/64506?indicador=62928&ano=2019>

Restrição a educação = 33,3%  
 Restrição a proteção social = 3,9%  
 Restrição a condição de moradia = 11,0%  
 Restrição a serviços de saneamento básico = 47,3%  
 Restrição a comunicação (internet) = 22,5%  
 Ausência de banheiro exclusivo do domicílio = 3,6%

Como visto, a Bahia é um estado de imensos contrastes sociais e econômicos. A riqueza econômica não se traduziu em desenvolvimento humano equitativo. Isso é o reflexo do capitalismo tardio e periférico característico do Brasil, agregado às especificidades do modelo de desenvolvimento econômico baiano.

Mesmo os avanços obtidos em âmbito nacional entre 2000 e 2015 não eliminaram as raízes profundas das desigualdades sociais. De acordo com a PNAD-C de 2019<sup>147</sup>, o rendimento médio mensal real do 1% mais rico é 33,7 vezes superior ao rendimento dos outros 50% das pessoas de menores rendimentos; na Bahia o grupo dos 10% mais ricos recebe 50,5% mais que o grupo dos 10% mais pobres<sup>148</sup>. Verifica-se um abismo social arraigado e com imensa resistência à mudança, principalmente pelo poder concentrado no topo dessa pirâmide que concentra também o capital político, jurídico, produtivo, etc.

O quadro socioeconômico baiano revela um cenário que conserva condições refratárias às políticas distributivas alcançadas pelo modelo de desenvolvimento baseadas no *welfare state*. A cena brasileira e baiana reproduz algo semelhante ao que Thomas Piketty chamou de “dois mundos”. O mundo radicalmente dividido entre dois grupos distintos de renda e, conseqüentemente, de acesso aos ganhos civilizatórios. Para Piketty (2014, p. 268), “a desigualdade socioeconômica e as disparidades de renda e de fortuna entre os grupos sociais sempre foram causa e consequência de outros fatos e esferas”. De acordo com Barradas (2009, p. 36), vários estudos “mostram que há correspondência entre os indicadores sociais (IDH e acesso à Internet) e econômicos (PIB *per capita* e gasto em saúde) e o nível de saúde da população (natalidade e esperança de vida ao nascer – EV)”. As condições de saúde são diretamente relacionadas às condições de vida, de trabalho e de renda. Indicadores de saúde e de

<sup>147</sup> PNAD Contínua 2019: rendimento do 1% que ganha mais equivale a 33,7 vezes o da metade da população que ganha menos: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/27594-pnad-continua-2019-rendimento-do-1-que-ganha-mais-equivale-a-33-7-vezes-o-da-metade-da-populacao-que-ganha-menos>

<sup>148</sup> Mulheres e pretos recebem salários menores na Bahia, diz IBGE: <http://www.mulheres.ba.gov.br/2020/05/2818/Mulheres-e-pretos-recebem-salarios-menores-na-Bahia-diz-IBGE.html>

morbidade são determinados pelos fatores sociais e econômicos. Pellegrini Filho, Buss e Esperidião (2014, p. 307) afirmam que “na realidade há muito tempo se sabe que a distribuição da saúde e da doença nas populações não é aleatória, mas obedece à estratificação socioeconômica dos grupos populacionais”.

O debate sobre os aspectos socioeconômicos é fundamental para compreensão não somente da dinâmica das morbidades psiquiátricas, mas também para análise ampla da função dos asilos/ hospitais psiquiátricos nas sociedades capitalistas periféricas. Para além do componente sociogênico racial presente na causação do sofrimento mental, como muito bem apresentado por Frantz Fanon (2020), a assistência psiquiátrica historicamente teve uma estreita relação com a formação social e econômica da burguesia e do capitalismo. Bem antes da revolução francesa, o “internamento” já era uma condição típica para loucos pobres na França. De acordo com Castel (1978, p. 18), o Antigo Regime havia criado os “depósitos de mendigos”, herança dos Hospitais Gerais franceses, para asilar, dentre outros, velhos pobres e loucos indigentes. Para esse autor (idem, p. 32),

a descoberta da necessidade do *pauperismo* como condição estrutural do funcionamento do capitalismo, substituindo a condenação moral da *mendicância*, vai levar a transformar a problemática da assistência especializada em política de sujeição generalizada das classes populares.

De acordo com Marx (2011, p. 886), o pauperismo corresponde “a parcela da classe trabalhadora que perdeu sua condição de existência – a venda da força de trabalho – e que vegeta graças a esmolas públicas”. Esse é o segmento mais baixo da superpopulação de trabalhadores, abstraída a parcela do *lumpemproletariado*. O pauperismo, diz Marx (idem, p. 874), “constitui o asilo para inválidos do exército trabalhador ativo e o peso morto do exército industrial de reserva”. Na caracterização marxiana do pauperismo há três categorias, entre as quais, os incapacitados para o trabalho, ou seja, “indivíduos que sucumbem por sua imobilidade, causada pela divisão do trabalho, daqueles que ultrapassam a idade normal de um trabalhador e, finalmente, das vítimas da indústria – aleijados, doentes, viúvas etc.” (idem, ibidem). A condição de “doente” passou a ser um marcador para a exclusão do trabalho. Seguindo essa lógica, quando a doença é tecnicamente considerada crônica, como no caso da loucura, o sujeito estaria inapto para o trabalho, portanto, desgraçadamente fadado ao pauperismo. Nesse sentido, como disse Marx, “quanto maior forem as camadas lazarentas da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, tanto maior será o pauperismo oficial” (idem, p. 875). O pauperismo constitui o *faux frais*, ou custos mortos da produção

capitalista. Os gastos com a manutenção desses sujeitos são transferidos do sistema de produção para o Estado seja pelos mecanismos de auxílio financeiro, seja pela manutenção de instituições asilares. Em geral, o Estado moderno burguês construiu dispositivos assistenciais como resposta para a administração dessas multidões de pessoas cuja força de trabalho não é assimilada pelo sistema de produção: os hospitais gerais do século XVIII e XIX, os asilos, hospitais psiquiátricos, as prisões.

Com base na tese de Althusser (1980) sobre os *Aparelhos de Estado*, o hospital psiquiátrico seria uma modalidade de ‘Aparelho Repressivo do Estado’ por meio do qual a classe burguesa exerce seu poder de opressão em relação aos trabalhadores; menos por uma motivação clínica e mais pela manutenção do controle sobre o sistema de produção e distribuição de riquezas. Souza (1984, p. 46) levanta a hipótese de que o “hospital psiquiátrico estaria funcionando como uma ‘saída’ socialmente posta para os trabalhadores de meia idade situados marginalmente na estrutura econômica ou para aqueles que [...] foram alijados [...]”.

Rabelo, Cardoso e Melo (2003, p. 43) fizeram um estudo de caracterização sociodemográfica dos internos nos hospitais psiquiátricos da Bahia; nesse estudo foi constatado que “44,3% dos pacientes passavam a maior parte do tempo no hospital psiquiátrico, 22,5% viviam permanentemente no hospital e 54% dependiam de familiares para subsistência”, nessas condições, em absoluto, impossível de inserção no processo produtivo padrão. Barros *et al.* (2014) publicaram dados de um censo nos hospitais psiquiátricos de São Paulo onde se constatou que “27,4% da população do estado de São Paulo é preta e parda e na população moradora de hospitais psiquiátricos, esse número alcançou 38,36%. Como resultados, constatou-se uma maior proporção de negros, que estão internados porque não têm renda e/ou lugar para morar”. Uma amostra das características sociodemográficas dos internos dos Hospitais de Custódia e Tratamento (HCT) do Brasil pode ser encontrada em Diniz (2013), onde se vê a repetição de um perfil de pessoas com baixa escolarização, atividades laborais de baixa rentabilidade, majoritariamente constituída por homens negros. Este mesmo cenário tem sido visto nas Comunidades Terapêuticas brasileiras, como pode ser constatado nos estudos de Danieli *et al.*, (2017) e Fernandes *et al.* (2018).

Diante dessas evidências, não surpreende que os hospitais psiquiátricos tenham readquirido importância no Brasil e na Bahia justamente no momento de crise do PIB brasileiro a partir de 2015. Tomando como linha de raciocínio a tese de Marx sobre a relação *sine-qua-non* entre capitalismo e pauperismo, é possível deduzir que, em sendo

o pauperismo uma condição estrutural, o Estado capitalista preserva uma certa quantidade dos seus Aparelhos Ideológicos ou Repressivos com função original: manter o controle dos ‘desvios’ comportamentais e do excedente da força de trabalho. Essa hipótese pode ser o motivo da resistência à extinção dos hospitais psiquiátricos e a justificativa para continuidade do gasto com esses ‘Aparelhos’ em detrimento da expansão dos serviços de saúde que produzem a reinserção psicossocial, como é o caso dos CAPS. Portanto, esse se torna um tema demasiadamente relevante para a RPB, sobretudo num contexto com profundas desigualdades sociais e econômicas como é o caso da Bahia.

### **8.3.3 - A Regionalização da Saúde na Bahia**

A Resolução CIB Nº 132 de setembro de 2007 redefiniu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) a partir do qual houve rearranjo administrativo da política de saúde do Estado da Bahia. Atualmente o arranjo organizacional divide-se em 9 Macrorregiões de Saúde e 28 Regiões de Saúde, cuja base populacional varia de 150.000 a 300.000 habitantes. A Lei Estadual Nº 13.204 de dezembro de 2014 modificou a estrutura organizacional do poder executivo estadual na qual definiu-se que as antigas Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) seriam substituídas por Núcleos Regionais de Saúde (NRS) sendo um para cada macrorregião de saúde. O mapa abaixo apresenta o atual desenho da regionalização da política de saúde na Bahia.

**Mapa 1 - Regiões de Saúde do Estado da Bahia - PDR 2007**

Fonte: Plano Diretor de Regionalização de 2007 da SESAB<sup>149</sup>

Há grande variação na densidade populacional entre as macrorregiões de saúde. A macrorregião leste, com sede em Salvador, tem a maior concentração de pessoas com 4.791.512 habitantes (32,09 %); a macrorregião centro-norte, com sede em Jacobina, tem a menor densidade populacional com 807.806 habitantes (5,42 %).

MACRORREGIÃO	MICRORREGIÃO	Nº MUNICÍPIO	Nº POP_2020	POP_MACRO	% POP
NORTE	JUAZEIRO	9	519.093	1.071.431	7,18
	PAULO AFONSO	9	253.922		
	SENHOR DO BONFIM	9	298.416		
NORDESTE	ALAGOINHAS	18	541.549	865.943	5,80
	RIBEIRA DO POMBAL	15	324.394		
CENTRO-NORTE	IRECÊ	19	414.793	807.806	5,41
	JACOBINA	19	393.013		
SUL	ILHÉUS	8	295.597	1.592.816	10,67
	ITABUNA	21	484.269		

<sup>149</sup> Ver: <https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/Cartilha-PlanoDiretorDeRegionalizacaoDoEstadoDaBahia-2020.pdf>

	JEQUIÉ	25	478.942		
	VALENÇA	13	334.008		
<b>EXTREMO SUL</b>	PORTO SEGURO	8	384.900	840.442	5,63
	TEIXEIRA DE FREITAS	13	455.542		
<b>OESTE</b>	BARREIRAS	15	466.305	964.594	6,46
	IBOTIRAMA	9	196.095		
	SANTA MARIA DA VITÓRIA	13	302.194		
<b>SUDOESTE</b>	BRUMADO	21	406.209	1.751.474	11,73
	GUANAMBI	21	457.366		
	ITAPETINGA	12	247.593		
	VITÓRIA DA CONQUISTA	19	640.306		
<b>LESTE</b>	CAMAÇARI	7	723.108	4.791.512	32,09
	CRUZ DAS ALMAS	9	265.967		
	SALVADOR	9	3.332.729		
	SANTO ANTÔNIO DE JESUS	23	469.708		
	FEIRA DE SANTANA	28	1.156.305		
<b>CENTRO-LESTE</b>	ITABERABA	14	251.520	2.244.616	15,03
	SEABRA	11	185.286		
	SERRINHA	20	651.505		
<b>9</b>	<b>28</b>	<b>417</b>	<b>14.930.634</b>	<b>14.930.634</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria com base no PDR-2007/SESAB e IBGE (2020)

O novo desenho organizacional definido pelo PDR-2007/SESAB teve como objetivos: contribuir para o desenvolvimento de Regiões Sanitárias com maior grau de autonomia e resolutividade; integração das Regiões Sanitárias e Regiões Administrativas da SESAB; construir a integralidade das ações e serviços de saúde na região de saúde. Para tanto, foram considerados conceitos como: a) economia de escala; b) economia de escopo; c) capacidade de investimento do estado; d) sustentabilidade econômica dos municípios de referência; e) acesso viário com menor distância no trajeto para o deslocamento até o serviço de referência; f) capacidade instalada pública. Em agosto 2012 a CIB redefiniu as Regiões de Saúde e instituiu as Comissões de Intergestores Regionais (CIR) para efeitos administrativos e operacionais da política de saúde em cada microrregião de saúde. Para o acompanhamento das 28 CIR foi implantado o Observatório Baiano de Regionalização que é uma ferramenta de acompanhamento das ações e pactuações entre regionais. Atualmente há na Bahia 170 municípios (40,76 %) com Comando Único da política de saúde.

#### **8.4 - A reorientação do modelo assistencial em saúde mental: a Rede de Atenção Psicossocial na Bahia**

Ao longo dos últimos 40 anos a Bahia vivenciou e reverberou as tensões pela reforma psiquiátrica ao modo como ocorreu no país como um todo. Em meados da década de 1970 a objeção ao modelo hospitalocêntrico manicomial foi agenciada pela Associação de Psiquiatras da Bahia (APB) que, na ocasião, tinha uma posição epistemológica de vanguarda crítica. O ‘Memorial’ da APB de 1977 estabeleceu pontos fundamentais para a demarcação do modelo em disputa, tais como: a crítica ao privatismo da assistência hospitalar em psiquiatria e ao monopólio da assistência de uma determinada empresa de saúde; a crítica a exploração da força de trabalho dos profissionais por parte das empresas de saúde; a crítica às péssimas condições assistenciais das instituições hospitalares; a crítica à desvinculação entre assistência em saúde mental e a saúde em geral. Como apontamentos, o documento assinalou a necessidade de redefinição da política de saúde geral e de saúde mental, reconhecendo a importância do “desenvolvimento de programas alternativos de atenção à saúde mental integrados à saúde geral, com ênfase no atendimento ambulatorial [...] com a finalidade de buscar modelos alternativos [...]” (APB, 1978, p. 35). Além dessa instituição, constituíram-se vários grupos formados por trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental como desdobramento das movimentações nacionais aquecidas em Bauru em 1987. Com a intensa participação de agentes sociais locais, Salvador sediou o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial no ano de 1993.

De acordo com Rabelo, Modesto e Modesto Neto (1996/1997, p. 20), os primeiros passos da Reforma Psiquiátrica na Bahia, iniciados na década de 1990, decorreram da assimilação, pela instituição gestora oficial da saúde, dos princípios e diretrizes apontados pelos movimentos sociais reformistas desde a década de 1970. Para esses autores, a pressão exercida pelos movimentos sociais provocou a força instituinte para que a Reforma ganhasse espaço na institucionalidade da gestão da política de saúde. A partir de 1982, introduziu-se na SESAB um ‘subsistema’ de saúde mental regionalizado, hierarquizado com ofertas ambulatoriais nas diversas regiões do estado, “além de as associações profissionais terem feito desde 1978 uma forte pressão para que não se aumentasse o número de leitos psiquiátricos” (idem p. 44)

No começo da década de 1990, período de efervescência posterior à *Conferência de Caracas*, a política de saúde mental da SESAB teve como objetivo desencadear processos político-administrativos para desmontar os mega-hospitais; setorizar e descentralizar as ações da saúde mental; implantar uma rede de serviços extra-hospitalares em diferentes regiões do estado; disponibilizar leitos psiquiátricos em hospitais gerais (idem, ibidem). Em 1996, o Conselho Estadual de Saúde da Bahia constituiu uma Comissão Técnica de Reforma Psiquiátrica para assessorar o acompanhamento das mudanças em processo.

O hospital psiquiátrico continuou sendo o foco desse primeiro momento da reforma psiquiátrica donde se esperava melhoraria na assistência com introdução de estratégias de ‘humanização’, ou com monitoramento dos fluxos de internamento. Por razões de caráter político-institucional, “a reforma psiquiátrica na Bahia se concentrou na internação” (idem, p. 22). Em relação aos serviços substitutivos, na ocasião chamados de serviços ‘alternativos’, “símbolos maiores da reestruturação dos cuidados [...], pouco se fez, não obstante a tramitação de alguns projetos [...] que não chegaram a ser implementados” (idem p. 25); Em 1994, a ALBA discutiu o projeto de lei 10.352/94 que propunha uma reformulação na assistência psiquiátrica. Esse projeto legislativo não prosperou.

Corroborando com a avaliação de que naquele período houve pouca evolução da política de saúde mental na Bahia, em nota pública, o NESM (S/D, p. 2) afirmou que

durante toda a década de noventa e início da seguinte, a gestão da SESAM – através do GESAM – Grupo Especial de Saúde Mental – ignorou qualquer diretiva da política nacional de substituição de leitos pela criação dos novos serviços substitutivos, bem como se eximiu da fiscalização dos serviços hospitalares locais do grupo empresarial monopolista dos recursos das AIH’S em Salvador e dos interesses paroquiais dos proprietários de hospitais psiquiátricos das cidades polo.

O NESM (idem, p. 5) continuou a avaliação crítica, destacando que a então Coordenação Estadual de Saúde Mental da SESAB possuía uma visão simplificada e reducionista sobre o processo da implantação da reforma psiquiátrica no contexto local, mantendo posições hospitalocêntricas contrárias às diretrizes nacionais. A década de 1990 finalizou com mudanças pontuais na diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, mas com uma política de saúde mental pouco relevante no que diz respeito à ampliação do acesso e real mudança do modelo assistencial. Fazendo análise da conjuntura até 1997, Rabelo, Modesto e Modesto Neto (1996/1997, p. 22)

consideraram que “a saúde mental jamais foi incluída entre as atividades básicas e urgentes”. Segundo consta no parecer do CREMEB (2008, p. 13)

de 1991 a 2002 o estado da Bahia foi um dos que menos avançou na implantação desses novos serviços, a despeito de uma série outra de iniciativas (criação da Comissão Estadual de Saúde Mental ligada ao CES-BA – Conselho Estadual da Saúde; implantação de uma equipe de supervisão permanente dos serviços de saúde mental; realização de diversos cursos de capacitação de equipes para os CAPS e outros serviços; elaboração e apresentação no CES-BA do Plano de Trabalho em Saúde Mental para o Estado em 08/06/1998; do Plano Quadrienal de Saúde Mental em 31/10/2002 e realização das I, II e III Conferências Estaduais de Saúde Mental... etc.).

Embora o primeiro CAPS do Brasil tenha sido inaugurado em 1987, o primeiro serviço desse tipo na Bahia foi formalizado apenas em 2002, quinze anos após a experiência iniciada em São Paulo. Várias análises (RABELO, MODESTO & MODESTO NETO, 1996/1997; CREMEB, 2008) consideram que a inexistência de um sistema de financiamento sustentável era o motivo da dificuldade local para implantação dos CAPS. Tal impasse em âmbito nacional foi superado em 2002 com a publicação das Portarias GM nº 336/2002 e SAS/MS nº 189/2002; essa última incluiu na tabela de procedimentos do SIH-SUS o ‘acolhimento’ nos CAPS como procedimento custeável pelo SUS. O financiamento dos CAPS passou a ser realizado na modalidade ‘extra-teto’ com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC). Entretanto, mesmo com iguais dificuldades encontradas pela gestão da política de saúde na Bahia, até o final de 2001 já existiam 295 CAPS em funcionamento em outros estados.

O ano de 2001 foi um marco na RPB, tanto pela aprovação da Lei 10.216, quanto pela realização da *III CNSM*, como visto anteriormente. A *III Conferência Estadual de Saúde Mental*, etapa preparatória para a Conferência Nacional, apresentou 93 propostas para os novos rumos da política de saúde mental em âmbito estadual, entre as quais destacam-se:

a) elaboração de um plano de reorientação do modelo assistencial em saúde mental com vistas à descentralização, pelo órgão gestor federal, estadual e municipal, visando fomentar uma discussão com os municípios e ou região (consórcios de municípios), com o objetivo de elaboração de um plano municipal ou regional de saúde mental e organização dos serviços substitutivos, seguindo as seguintes prioridades- nível de atenção primária, secundária e terciária:

a.a) promover a extinção dos manicômios e implantação de programa de saúde mental com substituição de serviços existentes.

b) implementar programa permanente de educação e informação em Saúde Mental, com ampla participação dos Usuários e familiares, através de: elaboração de cartilhas informativas e educativas; promoção de encontro e palestras com a comunidade em geral visando a capacitação e a coresponsabilidade ante a problemática da Saúde Mental; ampliar junto à mídia

campanhas de conscientização e sensibilização da sociedade contra o estigma da loucura; divulgação e discussão da legislação atual referente a Saúde Mental (BAHIA, 2001).

Em 2001 os movimentos sociais antimanicomiais atuantes no estado da Bahia intensificaram a crítica ao retardo da evolução da implantação da Reforma Psiquiátrica no estado. Além da grave situação da precariedade assistencial nos hospitais psiquiátricos públicos, havia também precariedade na assistência nos ambulatórios de saúde mental com dificuldade de agendamentos, desabastecimento de medicamentos, baixa qualidade nos atendimentos, gestão burocrática e centralizadora, etc. A esperança reformista que animava a reorientação do modelo em âmbito nacional contrastava com as condições locais, como apresentada no documento ‘elementos para uma análise de situação da Reforma Psiquiátrica na Bahia’, apresentado pelo NESM (2001): ausência de um plano de ação, ausência de contrapartida financeira estadual, manutenção do ‘especialismo’, baixa cobertura dos serviços não hospitalares, dentre outros.

Em especial, entre as décadas de 1990 e 2000, o município de Salvador apresentou morosidade e baixa disposição para a reorientação do modelo. Sendo a cidade mais populosa do estado, tendo a maior concentração de leitos, a Reforma Psiquiátrica soteropolitana avançou pouco: por um lado, havia forte resistência dos prestadores privados, que recorreram a vários expedientes jurídicos para evitar o descredenciamento de leitos (BRASIL, 2007, p. 33); por outro lado, a gestão municipal de saúde também obstaculizou o processo. De acordo com o parecer do CREMEB (2008, p. 14), em alusão ao começo dos anos 2000,

é conhecida a resistência da Gestão municipal da saúde da Capital, no período 1999-2006 aos frequentes e intensos apelos de todos os setores ligados a saúde mental [...]. Em nada adiantou tais esforços em sensibilizar a fortaleza de tamanha resistência, sempre vitoriosa durante todo esse período. Resultou que, a seu final, não havia qualquer rubrica relacionada a saúde mental no orçamento municipal, nem mesmo para a aquisição de medicamentos da especialidade.

No ano de 2003, houve o descredenciamento de 600 leitos da Casa de Saúde Santa Mônica em Salvador. Em 2006, por solicitação do prestador, houve o descredenciamento de outros 550 leitos do Sanatório Bahia e da Casa de Saúde Ana Nery. O relatório de gestão 2003-2006 da CGSMAD registrou que,

a rede extra-hospitalar no município está em expansão lenta, e ainda apresenta sérias dificuldades em garantir a assistência em saúde mental às pessoas com transtornos mentais que estão sendo desinstitucionalizadas (BRASIL, 2007, p. 33).

A gênese da reorientação do modelo assistencial em saúde mental na Bahia e particularmente em Salvador revela uma precária gestão de um processo complexo que exigia “uma agressiva política de reparar o atraso na implantação de uma rede de atenção à saúde mental no território” (BAHIA, 2003, p. 1). A ausência de um planejamento consistente para induzir a mudança do modelo, a lentidão burocrática, a resistência dos agentes prestes a perder capitais (econômico, simbólico, etc.), a resistência até mesmo dos agentes da própria burocracia estatal foram algumas das características preliminares da Reforma Psiquiátrica na Bahia. Nesse caso, verificam-se prejuízos marcantes nos três elementos que Matus (1996, p. 60) denominou de *triângulo de governo*. No tocante ao ‘projeto de governo’, as várias tentativas de formulação dos ‘projetos’ ou planos de ação não chegaram a ser implementados (RABELO, MODESTO, MODESTO NETO, 1996/1997, p. 25), ou se limitaram a mera retórica oficial como apontado pelo NESM (2001, p. 4). No que diz respeito à ‘governabilidade do sistema’, as coordenações estadual e municipal de Salvador demonstraram baixa capacidade de governo associada ao fato de que as variáveis não controladas (resistência das empresas de saúde, determinações judiciais, etc.) impuseram um fluxo de fatos político-administrativos sobredeterminante diante de um ‘projeto de governo’ lábil. Quanto à ‘capacidade de governo’, constituiu-se uma gestão com baixa capacidade de dirigir ou conduzir o processo, situação em que boa parte dos acontecimentos (fechamento de leitos por orientação do Ministério da Saúde, abertura de serviços comunitários por determinação judicial) ocorreram independentemente da capacidade de gestão ou de condução do processo. Contudo, não significa dizer que não houve tentativas de reorientação do modelo assistencial, ou que a Bahia não tenha realizado ações favoráveis à Reforma Psiquiátrica. Essa realidade descrita acima referiu-se ao momento inicial da reorientação do modelo. Em parte, houve alguns avanços do processo como um todo, como será visto doravante.

#### **8.4.1 - Atenção Psicossocial Especializada**

A RAPS possui dezoito diferentes pontos de atenção. Dentre eles, o CAPS tem um lugar especial por ser o articulador dos demais serviços e ações. Em geral, o indicador de implantação/habilitação desse serviço é um indicativo do ritmo e do alcance da evolução da reorientação do modelo assistencial.

O primeiro CAPS da Bahia foi implantado em 2002, ano em que foram credenciados 14 serviços, sendo a maioria deles localizados em municípios do interior do estado como Ibicaraí, Ilhéus, Itabuna, Itapetinga, Teixeira de Freitas, entre outros.

Em dezembro de 2020, o CNES registrava a existência de 290 CAPS implantados na Bahia, dos quais 264 estavam devidamente habilitados e outros 26 em processo de habilitação. Os serviços habilitados estão disponíveis em 211 municípios baianos, o que significa que 50,6% dos municípios baianos têm ao menos 1 CAPS. Considerando somente o número de serviços habilitados, em números absolutos, a Bahia tem a maior quantidade de serviços da região Nordeste e a terceira maior quantidade de serviços do Brasil, ficando atrás apenas de São Paulo e Minas Gerais que, em dezembro de 2020, tinham 447 CAPS e 363, respectivamente.

Esse é o primeiro grande contraste no comparativo entre o modelo hospitalocêntrico e o modelo de atenção psicossocial. Em 1995 a Bahia tinha 11 hospitais psiquiátricos distribuídos em 5 cidades e outros 8 hospitais gerais com leitos psiquiátricos distribuídos em 6 diferentes cidades. Ao todo eram 19 instituições em 10 cidades. Salvador tinha hospitais psiquiátricos e hospitais gerais com leitos psiquiátricos, tendo numericamente a maioria dos serviços da rede estadual (tabela 1 acima). Além dos hospitais, até meados dos anos 2000 o estado todo contava com 37 ambulatórios, sendo 7 deles em Salvador (CREMEB, 2008, p. 16). Em síntese, eram poucos serviços disponíveis com o agravante de que a maioria se concentrava em uma mesma cidade.

A reorientação do modelo permitiu expandir o número de serviços comunitários especializados em saúde mental num expressivo movimento de interiorização da assistência, com ênfase para os municípios de médio porte que anteriormente não tinham referência assistencial próxima. Quase sempre a única referência eram os hospitais psiquiátricos existentes nas grandes cidades. Em decorrência da mudança na assistência, houve um salto de 10 para 211 municípios com algum serviço especializado em saúde mental. Além disso, se anteriormente os serviços eram exclusivamente hospitalares/ambulatoriais, atualmente há diversos tipos de serviços como CAPS, NASF, UA, Consultório de Rua, etc.

Como visto acima, a extensão territorial da Bahia é, por si, um desafio para a garantia da acessibilidade aos serviços de saúde. A reorientação do modelo assistencial em âmbito estadual permitiu, por um lado, ofertar o cuidado na perspectiva da

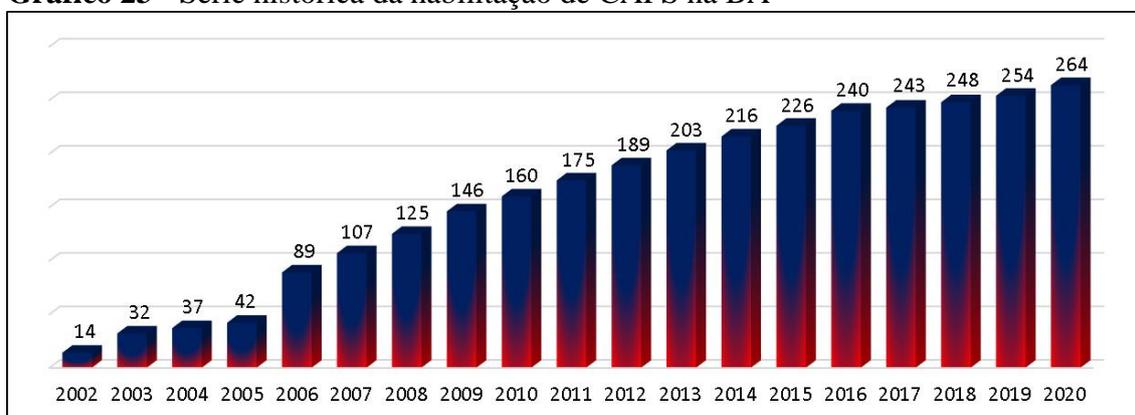
desinstitucionalização e, por outro lado, permitiu que os serviços ofertados fossem implantados primando pela proximidade com o território de pertencimento.

As cidades baianas com maior concentração de CAPS são:

- 1) Salvador = **19 CAPS**
- 2) Feira de Santana = **5 CAPS**
- 3) Camaçari, Eunápolis, Itabuna, Lauro de Freitas, Porto Seguro Teixeira de Freitas, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista = **3 CAPS** em cada local.

Os dados trabalhados doravante referem-se somente aos serviços habilitados. O gráfico abaixo apresenta a processualidade da expansão dos CAPS na Bahia por ano de habilitação.

**Gráfico 23** - Série histórica da habilitação de CAPS na BA



Fontes: Brasil (2007, p. 12); CNES (2021)<sup>150</sup>

#### *Indicador de incremento de CAPS na Bahia*

O incremento de CAPS na Bahia teve uma dinâmica bastante irregular com oscilações conforme o ano. Esse indicador expõe a velocidade de expansão da rede assistencial. Além disso, pode ser revelador das nuances dos diferentes ciclos de gestão. O indicador de incremento demonstra a ‘capacidade de governo’ de uma gestão uma vez que expressa o agenciamento do capital político e burocrático para a implantação dos novos serviços, considerando que esse processo é feito de obstáculos ideológicos e burocráticos.

Nos dois primeiros anos da série histórica apresentada abaixo, verifica-se a habilitação de um considerável número desses serviços, tendo como referência o ano de 2001 em que inexistia CAPS na Bahia. No terceiro e quarto anos da série histórica, vê-

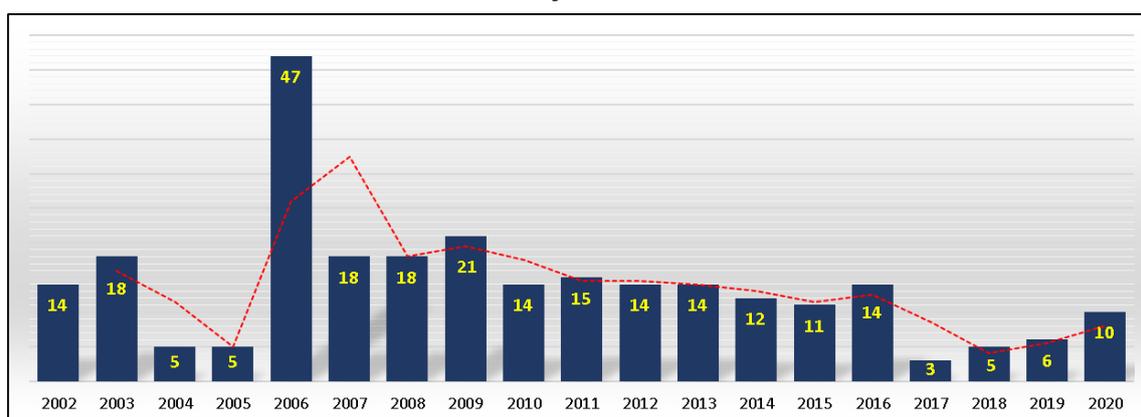
<sup>150</sup> CNES - Estabelecimentos por Habilitação – Bahia. Qtde. Estabelecimento Habilitados por Município e Ano/mês competência. Tipo de Estabelecimento: Centro de Atenção Psicossocial-CAPS Período: Dez/2007-Dez/2020. Acessado em 25/06/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/habba.def>

se uma desaceleração na habilitação de novos serviços, mesmo considerando que, em 2005, ocorreu o descredenciamento de 550 leitos psiquiátricos em Salvador. No segundo semestre daquele ano, o MPE-BA agenciou um TAC do qual a SESAB e a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador foram as partes passivas. Contudo, o município de Salvador não habilitou nenhum novo serviço foi implantado em 2005, ano da crise. De acordo com os registros do CNES, verifica-se que todos os novos serviços daquele ano foram habilitados no interior do estado.

Em 2006 ocorreu o maior incremento por intervalo anual. As habilitações de serviços em Salvador, após a celebração do TAC, aconteceram somente entre 2007 e 2010 numa média de 3 novos serviços por ano. A última habilitação de serviço em Salvador ocorreu em 2012 com a criação do CAPS AD Gregório de Matos. Embora implantado no município de Salvador, este serviço é custeado com recursos da gestão estadual. Desde então nem um novo CAPS foi habilitado nesse município; porém, a expansão dos CAPS na Bahia continuou acontecendo nas cidades do interior do estado.

A partir de 2016, com o início da contrarreforma psiquiátrica na política nacional, verifica-se profunda refração na velocidade de habilitação de novos CAPS na Bahia. O número de habilitação de novos serviços é inferior ao início do processo em 2002, embora existam 46 municípios elegíveis que ainda não possuem esse serviço. O gráfico abaixo apresenta o incremento de CAPS na Bahia ao longo das duas últimas décadas.

**Gráfico 24** - Incremento anual de habilitação de CAPS na Bahia



Fonte: Elaboração Própria com base no CNES

### *Tipificação dos CAPS na Bahia*

O gráfico abaixo apresenta a tipificação dos CAPS da Bahia. Os dados aqui trabalhados foram extraídos do CNES e comparados com registros de informação da SESAB disponibilizados em sites oficiais; em algumas situações foram buscadas informações nas páginas oficiais das prefeituras, em portarias e resoluções da CIB.

O detalhamento da tipologia dos CAPS apresenta um cenário muito particular que revela os avanços e as lacunas assistenciais ainda existentes. A maioria dos serviços habilitados na Bahia é o CAPS tipo I, serviço configurado para municípios de pequeno porte populacional. Esse é o perfil de 71% dos CAPS baianos, enquanto que em âmbito nacional eles correspondem a 50% (ver gráfico 17). A segunda maior quantidade de serviços é o CAPS tipo II, concebido para municípios de médio porte. Na Bahia correspondem a 14% e no Brasil equivalem a 19% do total. Todos 22 municípios com mais de 70.000 habitantes possuem ao menos 1 CAPS. O tipo II está habilitado em 24 cidades; Salvador possui 13 unidades e Feira de Santana possui 2 unidades; mesmo assim, nesses dois municípios há baixa cobertura dessa modalidade de serviço, como será visto adiante.

Na Bahia o CAPS tipo III corresponde a apenas 1% desses serviços, assim como o CAPS tipo AD III representa também 1% dos serviços; em âmbito nacional esses serviços equivalem a 4% em cada modalidade. Há 7 cidades com mais de 200.000 habitantes, exigência prevista na Portaria GM nº 3.088/2011 para habilitação desses serviços; juntos, esses municípios somam 4.785.219 habitantes. Se a RAPS nesses municípios fosse composta apenas por CAPS III seriam necessárias cerca de 24 unidades; atualmente existem apenas 4 habilitados nas seguintes cidades: Alagoinhas, Iará, Feira de Santana e Salvador. Mesmo com quase 3 milhões de habitantes, Salvador tem apenas 1 CAPS tipo III que foi, na prática, uma requalificação realizada em 2019.

Há baixa cobertura de CAPS AD III. São apenas 6 serviços em todo o estado da Bahia. Os dois únicos municípios de grande porte que os tem habilitados são Salvador e Vitória da Conquista, sendo somente 1 serviço em cada localidade. Os outros 4 CAPS AD III foram habilitados no formato de consórcios regionais de saúde em municípios de pequeno e médio porte como: Paramirim (macrorregião sudoeste); Santaluz e Serrinha (macrorregião centro-leste) e Luiz Eduardo Magalhães (macrorregião oeste). A Portaria SESAB nº 543/2018, reeditada como desdobramento do 'Plano Estadual de Desinstitucionalização' da Bahia, estabeleceu o cofinanciamento para os CAPS III e

CAPS AD III no estado da Bahia; contudo, mesmo com estímulo financeiro adicional, foi baixa a repercussão no sentido de ampliação de serviços desse tipo.

Uma importante lacuna é observada na cobertura de CAPS AD. Há somente 20 serviços habilitados, equivalendo a 8% do total de CAPS do estado; em âmbito nacional a proporção é 13%. A Portaria GM nº 3.088/2011 faculta a habilitação desses serviços para municípios com população acima de 70.000 habitantes; há na Bahia 29 cidades elegíveis. A soma da população dos municípios elegíveis é 7.172.650 habitantes. Apenas 19 têm esse tipo de CAPS. Salvador tem somente 2 CAPS AD (tipo II).

A oferta de CAPS para infância e adolescência é outra significativa lacuna. Somente 4% dos serviços são especializados nessa demanda; em âmbito nacional a proporção é de 10%. São 13 serviços em 12 diferentes cidades, Salvador tem 2 unidades. Estes serviços podem ser habilitados em municípios com população superior a 150.000 habitantes; a Bahia tem 13 municípios elegíveis com uma população que somada alcança a quantidade de 5.723.666, que demandaria até 38 serviços se fossem consideradas exclusivamente as cidades elegíveis.

A baixa cobertura dos CAPS AD, AD III e IA está associada à inexistência de um parâmetro para organizar a tipificação desses serviços na RAPS. O único parâmetro adotado pelo Ministério da Saúde até então prevê genericamente 1 CAPS para 100.000 habitantes, mas não se define qual tipo de serviço. A ausência de um balizador para a composição da RAPS dificulta o planejamento e dificulta a avaliação da Rede.

Segundo os dados do CNES<sup>151</sup>, em junho de 2021 os serviços baianos estavam distribuídos nas seguintes quantidades:

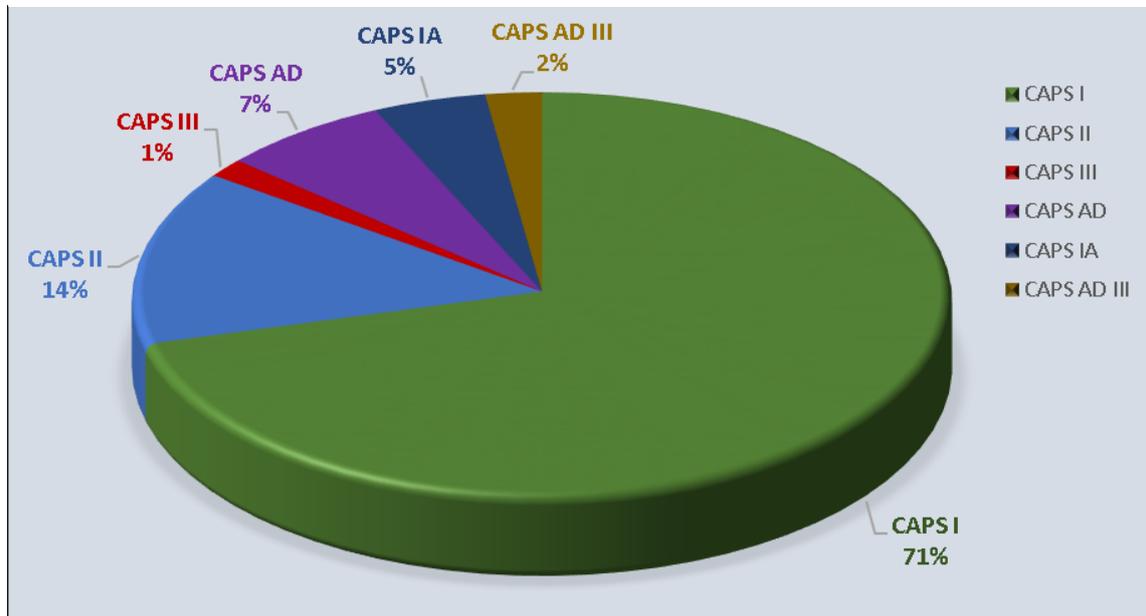
▪ CAPS I	=	187
▪ CAPS II	=	37
▪ CAPS III	=	4
▪ CAPS AD	=	18
▪ CAPS IA	=	12
▪ <u>CAPS AD III</u>	=	6 <sup>152</sup>
<b>Total</b>	=	<b>264</b>

<sup>151</sup> CNES - Estabelecimentos por Habilitação – Bahia. Qtde. Estabelecimentos Habilitados por Município e Habilitação. Tipo de Estabelecimento: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS Habilitação: 0616-Caps I, 0617-Caps II, 0618-Caps III, 0619-Caps álcool e drogas, 0620-Caps infantil. Período: Dez/2020. Acessado em 22/10/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/habba.def>

<sup>152</sup> O CNES não informa o número de CAPS AD III com precisão. Os dados aqui apresentados foram obtidos através de cruzamento de informação de portarias de credenciamento e acesso ao cadastro individual de cada um dos serviços.

O gráfico abaixo apresenta a distribuição dos CAPS por tipo e proporção conforme os dados do CNES. A Bahia não tem CAPS tipo IV.

**Gráfico 25** - Distribuição dos CAPS por tipo na Bahia



**Fonte:** Elaboração própria com base em CNES (2021)

#### *Indicador de Cobertura na Bahia*

Há CAPS em todas as 28 microrregiões de saúde da Bahia. Quase todas as regiões têm média superior a 1 CAPS para 100.000 habitantes, exceto as microrregiões de Camaçari e de Salvador, ambas na macrorregião Leste. As microrregiões de Itapetinga e Jacobina têm as maiores proporções desses serviços sendo 2,8 CAPS para cada 100.000.

No geral, a proporção de CAPS na Bahia se torna relevantemente alta por conta da grande quantidade de serviços habilitados em municípios de pequeno porte. Há serviços habilitados em municípios que têm população abaixo da quantidade estimada pelas Portarias ministeriais. Em Palmeiras, município da microrregião de Seabra, há 1 CAPS tipo I, embora tenha apenas 9.019 habitantes; o município de Presidente Jânio Quadros tem 12.179 habitantes e também tem um CAPS I. Alguns serviços foram habilitados nos consórcios de saúde construídos por municípios de pequeno porte.

Com base no cálculo genérico do Ministério da Saúde, para os 14.930.634 de habitantes da Bahia seriam necessários 149 CAPS. Atualmente o estado conta com 264 serviços que dá uma média de **1,77** serviços para cada grupo de 100.000 habitantes<sup>153</sup>.

Mesmo com uma quantidade de CAPS acima da média preconizada pelo Ministério da Saúde, um exame com foco nas microrregiões de saúde mostra diferenças muito profundas. A análise do indicador de cobertura calibrada para um nível de verificação particular por município permite constatar o grande contraste entre a cobertura nos grandes e nos pequenos municípios. A expansão dos CAPS na Bahia apresenta um cenário inversamente proporcional entre o tamanho do município e o indicador de cobertura: quanto menor o município com CAPS habilitado, maior é a proporção da cobertura; quanto maior é o município, menor tem sido a proporção da cobertura.

A principal distorção está localizada no município de Salvador que, embora com 2.886.698 habitantes, tem apenas 19 CAPS; essa realidade corresponde a uma média de 1 serviço para cada grupo de 151.931 habitantes. Feira de Santana possui 5 CAPS para uma população de 619.609 habitantes, equivale a 1 CAPS para cada 123.922 habitantes. Em Vitória da Conquista há 3 CAPS para 341.128 habitantes, corresponde a 1 serviço para cada grupo de 113.709 habitantes. Entre as maiores populações do estado o município de Simões Filho tem uma carência particular; mesmo com uma população de 135.783 habitantes, existe apenas 1 CAPS AD em funcionamento, mas não está habilitado.

A tabela abaixo apresenta a distribuição de CAPS de acordo com as microrregiões de saúde. O cálculo da cobertura de serviços considerou a fórmula genérica/aritmética de 1 serviço por 100.000 habitantes.

---

<sup>153</sup> Esse cálculo é genérico ou aritmético. A partir de 2013 o Ministério da Saúde introduziu uma fórmula de cálculo 'ponderado' onde cada tipo de CAPS tem peso específico na avaliação da cobertura. A diante será feito esse cálculo ponderado, de acordo com a equação sugerida pelo Ministério da Saúde.

**Tabela 26 - Distribuição de CAPS e cobertura proporcional por Microrregião de saúde na Bahia**

MACRORREGIÃO	MICRORREGIÃO	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS AD	CAPS IA	CAPS AD III	Total CAPS	POP_MICRO	Necss. CAPS	Cobertura MICRO p/100.000
NORTE	Juazeiro	7	1		1			9	519.093	5,19	1,73
	Paulo Afonso	1	1		1			3	253.922	2,54	1,18
	Senhor do Bomfim	7			1			8	298.416	2,98	2,68
NORDESTE	Alagoinhas	7		1				8	541.549	5,42	1,48
	Ribeira do Pombal	7						7	324.394	3,24	2,16
CENTRO-NORTE	Irecê	4	1					5	414.793	4,15	1,21
	Jacobina	9	1		1			11	393.013	3,93	2,80
SUL	Ilhéus	4	1			1		6	295.597	2,96	2,03
	Itabuna	7	1		1	1		10	484.269	4,84	2,06
	Jequié	5	1		1			7	478.942	4,79	1,46
	Valença	4	1					5	334.008	3,34	1,50
EXTREMO SUL	Porto Seguro	2	2		2	2		8	384.900	3,85	2,08
	Teixeira de Freitas	8	1		1	1		11	455.542	4,56	2,41
OESTE	Barreiras	3	1		1		1	6	466.305	4,66	1,29
	Ibotirama	5						5	196.095	1,96	2,55
	Stª Maria da Vitória	8						8	302.194	3,02	2,65
SUDOESTE	Brumado	10	1				1	12	406.209	4,06	2,95
	Guanambi	7	1		1			9	457.366	4,57	1,97
	Itapetinga	5	1		1			7	247.593	2,48	2,83
	Vitória da Conquista	10	1			1	1	13	640.306	6,40	2,03
LESTE	Camaçari	3	2		1	1		7	723.108	7,23	0,97

	Cruz das Almas	9						9	265.967	2,66	3,38
	Salvador	5	14	1	3	3	1	27	3.332.729	33,33	0,81
	St° Antônio de Jesus	8	1		1	1		11	469.708	4,70	2,34
CENTRO-LESTE	Feira de Santana	13	2	2	1	1		19	1.156.305	11,56	1,64
	Itaberaba	5	1					6	251.520	2,52	2,39
	Seabra	9						9	185.286	1,85	4,86
	Serrinha	15	1	0	0	0	2	18	651.505	6,52	2,76
<b>TOTAIS</b>		<b>187</b>	<b>37</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>264</b>	<b>14.930.634</b>		<b>1,77</b>

Fonte: Elaboração Própria com base no CNES e IBGE

O Ministério da saúde estabeleceu os seguintes indicadores para avaliação da cobertura de CAPS:

- Cobertura muito boa => acima de 0,70/100.000 hab.;
- Cobertura regular a boa => entre 0,50 e 0,69/100.000 hab.;
- Cobertura regular/baixa => entre 0,35 e 0,49/100.000 hab.;
- Cobertura baixa => entre 0,20 e 0,34/100.000 hab.;
- Cobertura insuficiente/crítica => abaixo de 0,20/100.000 hab.

Tendo como base a normativa do Ministério da Saúde que definiu o parâmetro para cálculo [média ponderada] de cobertura dos CAPS a partir de 2013 (BRASIL, 2014, p. 75)<sup>154</sup>, constata-se que a Bahia tem **1,18** CAPS por 100.000 habitantes. A diferença percebida em relação ao cálculo aritmético é que, nessa fórmula adotada, os CAPS têm peso diferentes ponderado em função de sua tipificação; o CAPS tipo I tem metade do peso de um CAPS II, por exemplo. Doravante, aqui será priorizado o cálculo ponderado. Constata-se que a Bahia está situada na zona de “cobertura muito boa”, estando acima da média do Brasil que é de **1,04** CAPS por 100.000 habitantes. Usando a mesma fórmula para calcular os tipos específicos de serviços, constata-se que o parâmetro de cobertura de CAPS/100.000 habitantes na Bahia tem as seguintes distribuições:

- \* CAPS AD = 0,12;
- \* CAPS III = 0,04;
- \* CAPS IA = 0,08;
- \* CAPS AD III = 0,06

O Ministério da Saúde não estabeleceu um parâmetro para avaliação dessas especificidades e isso traz um desafio para a avaliação da cobertura uma vez que a quantidade de CAPS ‘para transtornos mentais’ sombreia a análise dos CAPS destinados a segmentos mais específicos como os CAPS AD e os CAPS IA. Por exemplo, o município de Salvador tem somente 3 CAPS AD (2 serviços tipo II e 1 serviço tipo III), o que resulta em 1 serviço para cada grupo de 962.232 habitantes; porém, esses serviços estão previstos para 70.000 ou 150.000 de acordo a Portaria GM nº 3.088/2011. Em relação ao CAPS IA, o município de Salvador tem 2 unidades, resultando em 1 CAPS IA para cada grupo de 1.443.349 habitantes. Em Feira de Santana há 1 CAPS AD e 1 CAPS IA para uma população de 619.609 habitantes.

O parâmetro de cobertura, conforme apontado pelo Ministério da Saúde, pressupõe a *cobertura potencial*, ou seja, a *oferta* de serviços (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 52); logo, a constatação de que há **1,18** CAPS para 100.000 habitantes na Bahia não indica qual a *cobertura real* ou a “[...] proporção da população que efetivamente se beneficiou de determinada intervenção, que de fato *usou* os serviços” (idem, ibidem).

<sup>154</sup> A equação é a seguinte:

$\frac{(\text{N}^\circ \text{ CAPS I} \times 0,5) + (\text{N}^\circ \text{ CAPS II}) + (\text{N}^\circ \text{ CAPS III} \times 1,5) + (\text{N}^\circ \text{ CAPS I}) + (\text{N}^\circ \text{ CAPS AD}) + (\text{N}^\circ \text{ CAPS AD III} \times 1,5)}{\text{População residente no mesmo local e período}} \times 100.000$
--

É importante considerar também que a existência de serviços em quantidades significativas não garante a integralização de uma rede com a complexidade da RAPS, embora a integralização dos pontos de atenção e a integralidade do cuidado sejam uma das imagens-objetivo da reorientação do modelo. Esse tema será desenvolvido no tópico 8.6.1 a seguir.

Considerando as normativas sobre a capacidade de acolhimento dos CAPS, com base nas Portaria GM nº 336/2002 e GM nº 130/2012, é possível deduzir que houve ampliação da capacidade de acolhimento nos CAPS em se tratando de recursos físicos instalados. O que está disponível no conjunto dos CAPS baianos em termos de ‘potencial’ de oferta de cuidados é bastante superior ao que se tinha quando a resposta assistencial era hegemonicamente hospitalocêntrica, ocasião em que existiam 37 ambulatórios e 2.921 leitos para todo o estado, como apresentado na **tabela 1**.

Nos sistemas de informação da SESAB ou do Ministério da Saúde não há dados consolidados sobre *cobertura real* (taxa de uso) dos CAPS da Bahia, mas é possível estimar a capacidade de oferta, como pode ser visto na tabela abaixo.

**Tabela 27** - Estimativa da capacidade instalada dos CAPS na Bahia

Tipo	Parâmetro PT 336/2002 e PT 130/2012	Nº serviço	Uso Turno	Uso Dia
CAPS I	20 usuários semi-intensivo por turno ou 30 intensivos por dia	187	7.480	5.610
CAPS II	30 usuários semi-intensivo por turno ou 45 intensivos por dia	37	2.220	1.665
CAPS III	40 usuários semi-intensivo por turno ou 60 intensivos por dia	4	320	240
CAPS IA	15 usuários semi-intensivo por turno ou 25 intensivos por dia	12	360	300
CAPS AD	25 usuários semi-intensivo por turno ou 45 intensivos por dia	18	900	810
CAPS AD III	40 usuários semi-intensivo por turno ou 60 intensivos por dia	6	480	360
<b>Total por dia (oferta potencial)</b>			<b>11.760</b>	<b>8.985</b>

Fonte: elaboração própria com base nas Portarias GM nº 336/2002 e GM nº 120/2012

#### *Indicadores de Produção da RAPS na Bahia*

Os dados abaixo apresentam a produção dos RAAS - Psicossocial entre 2013 e 2020. Esse sistema de registro foi introduzido em meados de 2012, os dados daquele ano não contemplam todos os meses do ano, por isso não foram incluídos aqui nesse demonstrativo. Verifica-se uma curva ascendente nesse registro entre 2013 e 2015. Entre 2016 e 2018 ocorreu oscilação para menos. Houve uma ampliação dos registros no ano de 2019 e uma queda acentuada no ano de 2020 possivelmente decorrente da repercussão da pandemia de COVID-19.

Assim como acontece com o registro dessas informações no restante do país, os números aqui apresentados são subdimensionados dadas as falhas do registro nos

sistemas de informação do Ministério da Saúde. Possivelmente o desempenho real dos serviços é superior ao que consta no CNES.

Ressalta-se que o registro das atividades dos CAPS inclui outros sistemas de informação tais como o ‘Boletim de Produção Ambulatorial’ (BPA); contudo, o RAAS continua sendo o principal instrumento de sistematização das atividades. Os números abaixo apresentam os dados da produção dos CAPS em escala de milhão de registros por ano.

**Tabela 28 - Quantidade de RAAS – psicossocial entre 2013 e 2020 na Bahia**

Documento de registro	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
RAAS - Psicossocial	715.900	980.599	1.200.919	1.020.063	782.675	935.213	1.022.864	654.072

Fonte: CNES (2021)<sup>155</sup>

Além das informações do RAAS, o CNES disponibiliza informações do conjunto dos demais procedimentos ambulatoriais realizados pelos CAPS e demais serviços da RAPS. O registro é feito através do Boletim de Procedimentos Ambulatoriais – Consolidado (BPA-C). Novamente a produção de procedimentos nos CAPS ocorre em dimensões superlativas, ainda que haja sub-notificação desses registros. A RAPS disponibiliza cerca de 30 diferentes procedimentos específicos realizados por serviços comunitários. Esses procedimentos fazem a articulação com os diferentes pontos de atenção das demais redes de saúde. As atividades incluem ações como: redução de danos, matriciamento, fortalecimento do protagonismo dos usuários, atenção às situações de crises, ações de reabilitação psicossocial, oficinas terapêuticas, atendimentos individuais e em grupo, ações destinadas à crianças e adolescentes, etc.

No contexto baiano, constata-se que houve um quantitativo ascendente dos registros entre 2013 e 2019. Em 2020 ocorreu uma expressiva redução desses registros no comparativo com a média dos anos anteriores possivelmente por conta da redução do fluxo de atividade dos CAPS em decorrência da pandemia do COVID-19.

<sup>155</sup> Produção Ambulatorial do SUS - Brasil - por local de atendimento Qtd. aprovada por Documento registro e Ano atendimento. Unidade da Federação: Bahia. Documento registro: RAAS – Psicossocial. Período: Jan/2013-Dez/2020. Acessado em 01/11/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qauf.def>

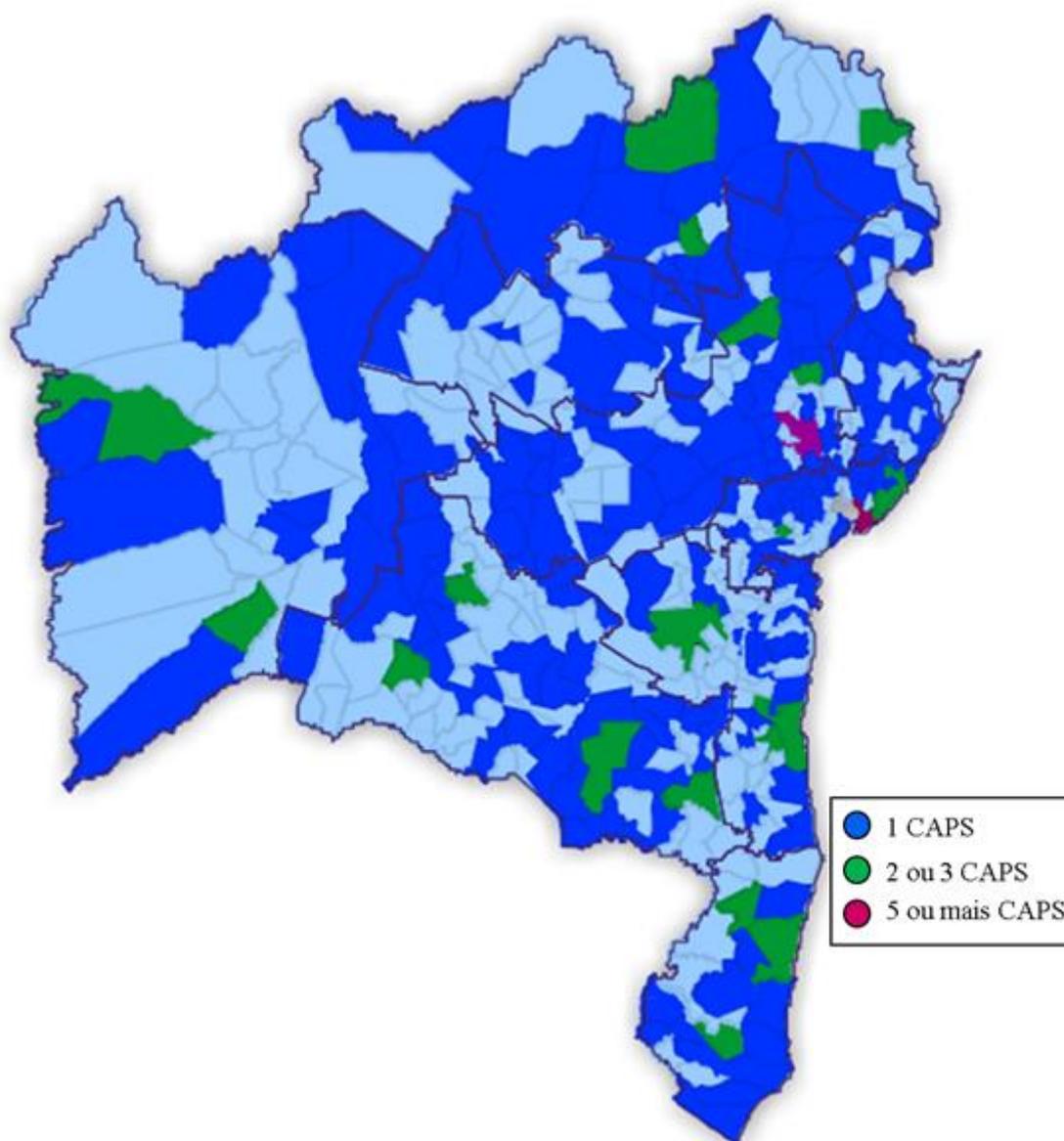
**Tabela 29-** Quantidade de procedimentos ambulatoriais realizados pela RAPS entre 2013 e 2020 na Bahia

<b>Procedimento</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Acolhimento Noturno de Paciente em CAPS	-	36	8	15	95	158	613	565	365
Acolhimento em Terceiro Turno de Paciente em CAPS	-	333	25	17	3	31	14	33	15
Acompanhamento de Paciente em Saúde Mental SRT	-	24	24	24	24	6	23	89	105
Acompanhamento Intensivo de Paciente em Saúde Mental	11.999	-	-	-	-	-	-	-	-
Acompanhamento Intensivo p/ usuário de AD	1276	-	-	-	-	-	-	-	-
Acompanhamento Não Intensivo de Paciente usuário de AD	106	-	-	-	-	-	-	-	-
Acompanhamento Não Intensivo de Paciente em Saúde Mental	3.728	-	-	-	-	-	-	-	-
Acompanhamento Semi-Intensivo de Pacientes em Saúde Mental	9.209	-	-	-	-	-	-	-	-
Acompanhamento Semi-Intensivo p/ usuário de AD	286	-	-	-	-	-	-	-	-
Atendimento em Oficina Terapêutica I - Saúde Mental	-	10.915	5.854	6.728	7.345	11.237	4.121	2.740	1.778
Atendimento em Oficina Terapêutica II - Saúde Mental	-	20.533	14.461	10.933	7.558	8.584	7.734	7.480	5.686
Atendimento m Psicoterapia de Grupo	24	29.155	33.193	30.181	21.711	19.257	22.942	17.426	4.259
Atendimento Individual em Psicoterapia	363	37.352	33.540	30.136	25.292	30.760	36.660	37.375	30.382
Acolhimento Diurno de Paciente em CAPS	-	109.769	186.729	203.928	183.199	134.098	172.571	166.601	88.220
Atendimento Individual de Paciente em CAPS	-	204.620	282.297	357.625	319.148	265.948	327.133	379.736	311.896
Atendimento em Grupo de Paciente em CAPS	-	124.355	152.577	197.192	171.734	137.463	170.229	180.718	51.715
Atendimento Familiar em CAPS	-	57.559	67.583	104.619	87.853	63.904	75.122	88.643	92.338
Acolhimento Inicial por CAPS	-	25.828	19.580	20.736	19.517	23.764	28.791	28.871	19.567
Atendimento Domiciliar para pacientes de CAPS e/ou familiares	-	34.977	39.366	42.907	32.604	17.284	14.964	20.238	19.892
Ações de Articulação de Redes Intra e Intersetoriais	-	11.990	12.206	19.425	19.684	15.515	20.190	20.662	19.531
Fortalec. do Protagonismo de usuários de CAPS seus familiares	-	7.142	10.804	16.697	21.776	28.887	42.239	45.174	21.969
Práticas Corporais em CAPS	-	52.317	79.722	97.223	77.377	60.014	64.128	54.421	16.262
Práticas Expressivas e Comunicativas em CAPS	-	63.645	87.938	110.827	87.005	73.544	76.578	84.163	26.786
Atenção às Situações de Crise	-	20.900	19.157	17.727	16.870	9.138	10.384	12.640	9.584
Matriciamento de Equipes da Atenção Básica	-	4.060	5.141	3.576	4.756	2.507	3.315	3.383	5.272
Ações de Redução de Danos	-	10.012	13.237	30.222	31.101	23.067	38.990	47.292	27.124
Acompanhamento de Serviço Residencial Terapêutico por CAPS	-	3.990	16.553	18.154	27.110	27.615	33.451	36.565	34.401
Apoio à Serviço Residencial de Caráter Transitório por CAPS	-	785	312	582	482	612	470	373	999
Ações de Reabilitação Psicossocial	-	41.401	46.115	44.089	27.042	12.300	18.798	28.746	25.860
Promoção de contratualidade no território	-	5.964	19.058	24.726	17.109	8.787	4.656	6.271	2.338
Matric. de Eq. dos Pontos de Atenção da RUE, e dos Serv. Hosp.	-	2.965	1.794	2.575	2.473	1.569	4.266	3.839	2.687
<b>Total</b>	<b>26.991</b>	<b>880.627</b>	<b>1.147.274</b>	<b>1.390.864</b>	<b>1.208.868</b>	<b>976.049</b>	<b>1.178.382</b>	<b>1.274.044</b>	<b>819.031</b>

**Fonte:** Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Os 264 CAPS habilitados na Bahia nos 211 municípios da Bahia estão distribuídos conforme apresentado no mapa abaixo. As áreas em cor azul claro correspondem aos municípios que não possuem este serviço. Como pode ser visto no mapa, há ‘clarões’ geográficos em grandes extensões, sobretudo na região oeste. Alguns municípios possuem amplas dimensões territoriais que repercutem como barreira para a acessibilidade aos serviços de saúde, principalmente para serviços com como o CAPS, que trabalha na perspectiva da intensificação do cuidado na articulação com os recursos disponíveis no território.

**Mapa 2 - Distribuição dos CAPS por município na Bahia**



**Fonte:** elaboração própria com o software da Diretoria de Modernização Administrativa da SESAB ([http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/map\\_int.asp](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/map_int.asp))

### 8.4.2 - Atenção Básica

#### *Estratégia de Saúde da Família na Bahia*

O diálogo entre a saúde mental e a atenção básica é promissor e desafiador ao mesmo tempo. O cuidado em saúde mental na atenção básica se define a partir da configuração de dois cenários: a) redes com serviços especializados em saúde mental; b) redes sem serviços especializados em saúde mental. Na Bahia há 174 municípios (41,7% do total) em que a população é inferior ao mínimo necessário para implantação de CAPS. A soma da população desses municípios corresponde a 1.772.784 habitantes (11,87% do total do estado). Nesses pequenos municípios a atenção básica é quase sempre o único recurso de atenção em saúde.

O relatório da *III Conferência Estadual de Saúde Mental de Bahia* (2001) propôs que, no decurso da “elaboração de um plano de reorientação do modelo assistencial em saúde mental com vistas à descentralização” na Bahia, fossem contruídos mecanismos para “promover ações integradas de Saúde Mental com os programas PSF, PACS e ESM” (BAHIA, 2001, p. 4). Esse encaminhamento foi retomado no relatório da *IV Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial da Bahia* ocasião em que foi proposto “fortalecer a rede de atenção aos transtornos mentais leves e moderados na atenção básica, assim como garantir o cuidado da pessoa com transtorno mental nos programas da estratégia de saúde da família/atenção básica” (BAHIA, 2010, p. 9).

Há poucos dados epidemiológicos sobre a saúde mental na atenção básica no estado da Bahia. Alguns estudos de alcance municipal indicam uma forte presença de demandas de cuidado em saúde mental no âmbito da atenção básica em saúde. Num estudo realizado na atenção básica no município de Cachoeira-BA, Modesto e Santos (2007, p. 21) constataram que os quadros psicóticos apresentaram prevalência de 37% para os quadros “de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, seguidos de 18% para transtornos afetivos, 12% de epilepsias, 10% de retardo mental, 8% de transtornos neuróticos, 10% de uso abusivo de álcool e 5% sem diagnóstico”. Nesse estudo as autoras constataram que 38% dos encaminhamentos para o atendimento especializado em saúde mental foram dirigidos por ACS, os médicos das ESF foram responsáveis por 23%, a demanda espontânea ocorreu em 24% dos casos. Diante desses dados, verifica-se a força da presença da atenção básica. Este é um município de pequeno porte, localizado na região do recôncavo baiano que não tinha CAPS na ocasião do estudo. Num estudo sobre saúde mental na atenção básica em Feira de

Santana, com uso do ‘*Self-Report Questionnaire*’ [SRQ-20], Rodrigues (2019, p. 30) constatou prevalência de 28,2% de “distúrbios psíquicos menores”. Esses dados reforçam a importância da relação entre saúde mental e atenção básica.

Num estudo sobre os impasses e desafios da construção da interlocução entre a atenção básica e os serviços especializados de saúde mental em Salvador, Jucá, Nunes e Barreto (2009, p. 174) ressaltam a “importância de dispositivos de saúde que funcionem regionalmente, com alto nível de integração com as comunidades atendidas, pode-se dizer que tanto o PSF como o CAPS são de extrema relevância para a efetivação do atendimento ‘extra-mural’”. Entretanto, as autoras constataram que boa parte dos profissionais participantes da pesquisa “se sentem despreparados para manejar as situações em que o sofrimento mental aparece” (idem, p. 181). Além disso, “foi possível verificar também que, em alguns momentos, os profissionais se incomodavam particularmente com os sujeitos dependentes do álcool e com os que se mostravam violentos” (idem, *ibidem*). Dez anos após o estudo de Jucá, Nunes e Barreto em Salvador, um estudo semelhante no mesmo contexto foi realizado por Medrado *et. al* (2018, p. 63) no qual se verificou a repetição de dificuldades encontradas no primeiro estudo. Como consequência, de acordo com essas autoras, “os serviços de saúde estão pouco acessíveis para a pessoa que sofre com transtorno mental, até mesmo na AB que deveria ser o local de vinculação do cidadão à saúde [...]”; contudo, nessa pesquisa as autoras também identificaram a potencialidade do cuidado em rede “que se constitui no encontro entre os profissionais que compõe a RAPS. Nesse sentido, vale destacar o trabalho da equipe do NASF e dos ACS que, apesar de em alguns momentos demonstrarem tatear o cuidado em saúde mental, revelaram-se grandes articuladores” (idem, p. 67).

A despeito das dificuldades e impasses, há relatos de experiências promissoras e mesmo exitosas na articulação entre saúde mental e atenção básica na Bahia. Silva, Santos e Souza (2012) introduziram a metodologia do apoio matricial em alguns bairros de Salvador a partir da qual constataram que essa metodologia “fomentou a construção de redes do cotidiano, estimulando a articulação entre saúde mental e saúde da família de forma a favorecer o exercício da cidadania e a autonomia dos sujeitos sobre sua própria saúde”.

Em semelhante ação de articulação do apoio matricial junto a equipes de atenção básica em Salvador, Amaral *et al.* (2018, p. 809) consideraram que a demanda de cuidados em saúde mental na atenção básica “[...] não se limitam à identificação de

novos casos, ou à responsabilização por casos mais simples: a ESF, fortalecida pelo AM (apoio matricial), produz uma contribuição inequívoca na construção da integralidade do cuidado às pessoas com problemas de saúde mental”. Com base na experiência empírica, os autores concluem que o apoio matricial é um recurso potente para “a qualificação da atenção em saúde mental, com consequências na assistência direta aos usuários, transformações organizacionais no interior da unidade de saúde e mudanças na forma como as equipes se relacionam com o restante da rede de saúde” (idem, ibidem).

Sabendo da importância da atenção básica para a efetividade da desinstitucionalização, mas considerando que há obstáculos para a concretização dessa meta, o Ministério da Saúde introduziu o apoio matricial ou ‘matriciamento’ no elenco de procedimentos realizáveis pelo CAPS e pelo NASF. Como visto na tabela 31 acima, em 2020 os CAPS da Bahia registraram a realização de 5.272 ações de ‘Matriciamento de Equipes da Atenção Básica’, mas a Bahia tem 8.516 equipes de saúde na atenção básica. Dividindo o número de ações apoio matricial pelo número de equipes da atenção básica, constata-se que o matriciamento representou apenas 61,9% do número de equipes da atenção básica, ou seja, menos de uma visita anual por equipe. Na análise pormenorizada de registro por equipe, verificou-se que em 2020 esse procedimento só foi registrado apenas em 47<sup>156</sup> municípios dos 211 que têm CAPS; por exemplo: Salvador registrou 309 atividades (média de 16,26/ano por CAPS); Feira de Santana registrou 888 procedimentos (177,6/ano por serviço, ou cerca de 0,71 por serviço para cada dia útil do ano); Condeúba, maior notificação do ano, registrou 1.220 procedimentos em 2020, o que equivale a cerca de 4,9 procedimentos realizados por dia útil; ocorre que esse município tem somente 1 CAPS tipo I e 8 ESF.

Na Bahia, 408 municípios aderiram ao 3º Ciclo do “Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” (PMAQ-AB) de 2016 que novamente estimulou o aumento do acolhimento e a atenção integral a pessoas com sofrimento psíquico ou uso problemático de drogas no território. Ao todo foram 3.587 equipes da atenção básica, sendo 337 NASF, 887 ESF e 2.354 ESF\_SB, a soma dos dois tipos de ESF resulta em 3.242 equipes, o equivalente a 43,88% de todas as ESF existentes naquele ano na Bahia. Em 2020 o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção

---

<sup>156</sup> Produção Ambulatorial do SUS - Bahia - por local de atendimento Qtd. aprovada por Município e Ano atendimento. Procedimento: 0301080305 *Matriciamento de Equipes da Atenção Básica*. Período: 2020. Acessado em 20/11/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qaBA.def>

Básica (SISAB) registrou 607.689<sup>157</sup> atendimentos individuais realizados por equipes da atenção básica cuja condição clínica necessitava de cuidados em saúde mental. Isso equivale 50.640,75 atendimentos ao mês, uma média de 5,64 atendimentos realizados mensalmente por cada uma das 8.516 equipes de saúde da família e 449 Equipes NASF existentes na Bahia. Esses dados foram extraídos de um sistema de informação que só disponibiliza os dados agregados; caberia uma análise mais específica sobre o real desempenho de cada uma das equipes e qual o efeito do PMAQ\_AB nos indicadores de acolhimento em saúde mental.

Para estimular o vínculo entre saúde mental e atenção básica, alguns estados como Rio de Janeiro e São Paulo definiram metas quantitativas e qualitativas para ações de saúde mental na atenção básica, incluindo a possibilidade de cofinanciamento de serviços, como no caso do Rio de Janeiro, que estabeleceu o mínimo de 4 matriciamentos por quadrimestre<sup>158</sup>. Não há nenhuma sinalização administrativa sobre isso nos instrumentos de gestão da SESAB.

Com todas as dificuldades operacionais na interlocução entre atenção básica e saúde mental, a rede de atenção básica da Bahia tem uma dimensão ampla, com um enorme potencial de interlocução com a saúde mental, à espera de uma gestão do processo. Contudo, não há mecanismos gerenciais nem metas pactuadas para essa interlocução na Bahia.

A tabela abaixo apresenta a evolução da implantação da ESF na Bahia no interstício da última década.

**Tabela 30 - Série histórica da implantação das Equipes e Estratégias de Saúde da Família na Bahia de 2010 a 2020**

Ano/Competência	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Equipe de Saúde da Família	2.754	2.826	2.834	3.023	3.290	3.390	3.412	3.584	3.640	3.759	3.821
Equipe_Ab Parametrizada	0	0	0	6	6	11	7	7	8	7	95
Qt_Equipe_Ab Equivalente_Ch	322	276	291	296	309	250	275	261	282	283	342

<sup>157</sup> MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família - Descrição dos Filtros Utilizados: Competência: Competência: Jan/2020-Dez/2020. Estado: BA. Tipo de Produção: Atendimento Individual. Tipo de Equipe: Eq. de Saúde da Família - ESF, Eq. Ag. Com. de Saúde - EACS, NASF, Eq. da Atenção Básica - EAB, Eq. de Atenção Primária - eAP. Problema/ Condição Avaliada: **Saúde mental**. Acessado em 23/11/2021. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/saude/RelSauProducao.xhtml>

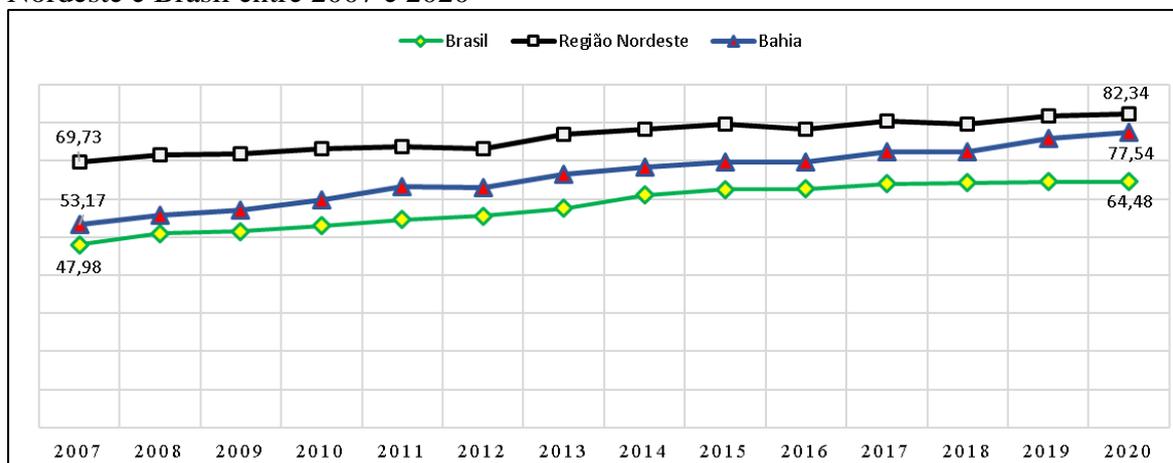
<sup>158</sup> Nota Técnica sobre o Indicador do COFI-RAPS "Matriciamento". <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-psicossocial/novidades/2021/08/nota-tecnica-sobre-o-indicador-do-cofi-raps-matriciamto>

Qt_Equipe_Sf_Ab	3.076	3.102	3.126	3.326	3.605	3.651	3.694	3.851	3.930	4.049	4.258
<b>Total</b>	<b>6.152</b>	<b>6.204</b>	<b>6.251</b>	<b>6.651</b>	<b>7.210</b>	<b>7.302</b>	<b>7.388</b>	<b>7.703</b>	<b>7.860</b>	<b>8.098</b>	<b>8.516</b>

Fonte: E-Gestor (2021)<sup>159</sup>

Entre os 2007 e 2020 houve um crescimento de 68,57% na cobertura da atenção básica na Bahia. Em dezembro de 2020 havia 385 municípios com cobertura da atenção básica igual ou superior a 85%, isso equivale a 92,32% dos municípios do estado. A cobertura da atenção básica está acima da média nacional e abaixo da média da região Nordeste, como pode ser visto no gráfico abaixo.

**Gráfico 26** - Proporção de cobertura populacional estimada de Saúde da Família, Bahia, Nordeste e Brasil entre 2007 e 2020



Fonte: Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária - CGIAP/DESF/SAPS - MS<sup>160</sup>

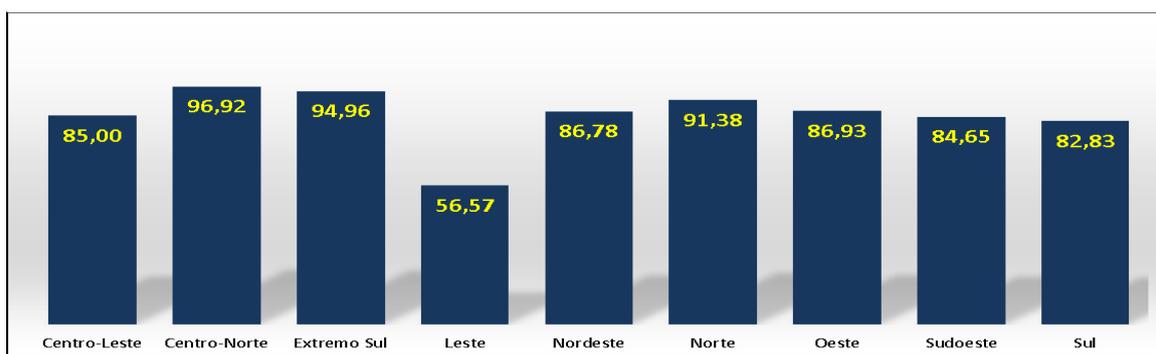
A macrorregião Leste possui a menor cobertura de ESF. A média dessa região é diminuta por conta da baixa cobertura da microrregião de Salvador (46,25%) e da microrregião de Camaçari (69,93%), ambas pertencentes a essa macrorregião. A cidade de Salvador em si tinha 40,24% de cobertura de ESF e 56,36% de cobertura da atenção básica no final de 2020.

<sup>159</sup> Coordenação-Geral de Informação da Atenção Primária (CGIAP). Departamento de Saúde da Família (DESF). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Dez/2010-Dez/2020. Acessado em 21/09/2021. Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

<sup>160</sup> Ver: Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (CAMAB). Coordenação de Avaliação e Apoio Matricial (COAM). Diretoria da Atenção Básica (DAB). Acessado em 22/11/2021. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>

**Gráfico 27** - Proporção de cobertura populacional estimada de Saúde da Família por macrorregião de saúde da Bahia em 2020



**Fonte:** Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária - CGIAP/DESF/SAPS - MS<sup>161</sup>

### *Consultório de/na Rua na Bahia*

Entre os diversos dispositivos assistenciais da atenção básica o Consultório de/na Rua (eCR) se caracteriza como um dos mais significativos modos de acessar pessoas em situação de extrema vulnerabilidade social. Esse ponto de atenção tem uma história entranhada com a evolução da política de saúde mental, álcool e outras drogas na Bahia e, especialmente, em Salvador, nascedouro das eCR.

Em 1985, o Prof. Antônio Nery Filho, docente da Faculdade de Medicina da Bahia, criou o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) que foi um dos primeiros ambulatorios brasileiros de atenção especializada com foco nos usuários de substâncias psicoativas e familiares. Um conjunto de barreiras (simbólicas, econômicas, etc.) dificultavam o acesso a esse serviço por parte das pessoas em situação de rua, principalmente crianças e adolescentes. Em 1989 o CETAD propôs ao então Ministério da Criança uma parceria para a realização de uma observação participante com crianças e adolescentes que se concentravam na Praça da Piedade em Salvador. Dessa iniciativa surgiu um projeto de extensão universitária denominado “Banco de Rua” destinado ao acolhimento exatamente das pessoas que não acessavam o ambulatorio do CETAD; a atividade foi regularmente realizada até 1994. Em 1991 surgiu uma ação volante para o cuidado aos usuários de drogas injetáveis. Essas duas experiências foram a base para a constituição da primeira equipe do Consultório de Rua iniciado em 1995 em Salvador. Novamente por iniciativa do CETAD estabeleceu-se um conjunto de parcerias institucionais com órgãos da Prefeitura Municipal de Salvador e do Governo do Estado da Bahia - como a SESAB, a Secretaria de do Trabalho e Ação Social, a Fundação de Criança e do Adolescente (FUNDAC), etc.- para o provimento da

<sup>161</sup> Indicador de Proporção de cobertura populacional estimada de Saúde da Família. Acessado em 20/10/2021. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>

infraestrutura necessária para estas ações. A atividade tinha caráter de extensão universitária. O Consultório de Rua nesse formato se estendeu até 2004.

Por meio do programa de ‘Ações Integradas na Prevenção ao Uso de Drogas e Violência’, em 2010 o CETAD retomou o CR através de um convênio com a SENAD com financiamento para a manutenção e ampliação dos CR que foram estendido para outros três municípios da região metropolitana de Salvador. Por meio da Portaria GM nº 122 e 123 de janeiro de 2011, o CR foi definitivamente inserido no elenco das políticas nacionais da atenção básica. Em dezembro de 2011 a Portaria GM nº 3.088 inseriu os CR no componente ‘atenção básica’ da RAPS.

Atualmente a Bahia tem 15 equipes cadastradas no CNES. Há 1 eCR implantada em: Feira de Santana, Ilhéus, Lauro de Freitas, Piatã, Teixeira de Freitas, Vitória da Conquista; em Salvador há cadastro de 8 equipes. A tabela abaixo apresenta a evolução da implantação dos CR na Bahia desde o momento em que foi formalizado como política pública federal.

**Tabela 31** - Série histórica da implantação das Equipes de Consultórios na Rua na Bahia

Tipo da Equipe	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
[eCR MI] Equipe dos Consultórios Na Rua - Modalidade I	-	-	2	2	2	2	2	3	-
[eCR MII] Equipe dos Consultórios Na Rua - Modalidade II	1	2	2	2	2	2	3	2	-
[eCR MIII] Equipe dos Consultórios Na Rua - Modalidade III	-	-	4	4	5	5	5	5	3
[eCR] Equipe dos Consultórios Na Rua	-	-	-	-	-	-	-	-	12
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>15</b>

Fonte: CNES (2021)<sup>162</sup>

#### *Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na Bahia*

O NASF, dispositivo assistencial de atividade-meio, foi concebido para auxiliar as equipes da atenção básica na qualificação do cuidado e do fluxo de encaminhamentos. Para o melhor acolhimento das demandas de saúde mental na atenção básica, preconiza-se o trabalho compartilhado entre os pontos de atenção da RAPS. Esse manejo pode ser facilitado por intermédio das equipes do NASF através da metodologia do apoio matricial. Trata-se de um arranjo técnico-assistencial que

<sup>162</sup> CNES - Equipes de Saúde – Brasil. Quantidade por Tipo da Equipe: eCR; Ano/mês competência. Período: Dez/2008-Dez/2020. Acessado em 21/09/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>

pretende ampliar a capacidade de acolhimento clínico das eSF aumentando a resolutividade da atenção básica; pressupõe-se que seja necessário superar a lógica de encaminhamentos indiscriminados e introduzir uma lógica de corresponsabilização do cuidado, com articulação entre as equipes da atenção básica e as equipes da atenção especializada em saúde mental.

Existem 449 NASF implantadas na Bahia. Esses pontos de atenção estão distribuídos em 349 municípios. Em Salvador existem 14 equipes; em Feira de Santana existem 21 equipes; Lauro de Freitas, Teixeira de Freitas e Vitória da Conquista possuem 5 equipes cada; Bom Jesus da Lapa, Juazeiro e Porto Seguro possuem 4 equipes cada. Entre os municípios de maior porte populacional, verifica-se lacunas na cobertura em Itabuna, que tem apenas 1 equipe, e Ilhéus que não tem registro de NASF no CNES. A tabela abaixo apresenta a evolução do número e do perfil dessas equipes no estado.

**Tabela 32 - Série histórica da implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família na Bahia**

Tipo da Equipe	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
NASF - M1	33	59	84	96	106	175	248	261	266	307	354	352	7
NASF - M2	7	21	27	33	78	80	84	100	97	107	109	113	1
NASF - M3	-	-	-	-	-	4	8	9	8	13	12	12	-
ENASF-AB - Núcleo Ampliado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	441
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>80</b>	<b>111</b>	<b>129</b>	<b>184</b>	<b>259</b>	<b>340</b>	<b>370</b>	<b>371</b>	<b>427</b>	<b>475</b>	<b>477</b>	<b>449</b>

Fonte: CNES (2021)<sup>163</sup>

#### *Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental na Bahia*

A Portaria GM nº 3.588/2017 formalizou “Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas” (EMAESM). Não há definição de competências territoriais ou assistenciais que diferenciem uma EMAESM e um CAPS; ambos podem disputar o mesmo território. O CNES registra um rápido crescimento dessas equipes na Bahia, inclusive em municípios que já tinham CAPS, o que pode ser o apontamento de uma tendência. Embora o relatório da CGSMAD de julho de 2021 (BRASIL, 2021, p. 12) informe a habilitação de 3 equipes

<sup>163</sup> CNES - Equipes de Saúde – Unidade da Federação: Bahia. Quantidade por Tipo da Equipe: NASF; Ano/mês competência. Período: Dez/2008-Dez/2020. Acessado em 21/09/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>

na Bahia, o CNES informa o credenciamento/implantação de 36 equipes em 35 diferentes municípios, ou seja, 12 vezes mais que o número informado pela CGSMAD. Todas as equipes foram implantadas em apenas um ano. Esse fato chama atenção porque o ritmo da expansão anual foi bem superior à média de incremento de CAPS, como visto no gráfico 25 acima. A tabela abaixo apresenta a dinâmica da implantação das EMAESM na Bahia, considerando intervalos semestrais desde o início do credenciamento em 2020.

**Tabela 33** - Implantação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental na Bahia

Tipo da Equipe	Jun 2020	Dez 2020	Jun 2021
EMAESM – Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental	15	18	36

Fonte: CNES (2021)<sup>164</sup>

#### *Centro de Convivência na Bahia*

Em setembro de 2012 foi inaugurado em Salvador o primeiro Centro de Convivência da Bahia. O projeto, nomeado de “Centro de Convivência Ponto de Encontro”, nasceu de uma parceria entre o grupo de ação social ‘Voluntárias Sociais da Bahia’ (VSBA), as secretarias estaduais da Educação e da Saúde, o Tribunal de Justiça da Bahia, a Prefeitura Municipal de Salvador e a Universidade Federal da Bahia (UFBA), sob a gerência do CETAD. Inspirado numa experiência francesa, esse Centro de Convivência preconizava o atendimento às pessoas que usam drogas com base em estratégias de intervenções breves na perspectiva da redução de danos. Em julho de 2013, a gestão desse serviço foi transferida para a instituição Obras Sociais Irmã Dulce.

Embora o “Plano de Desinstitucionalização” tenha previsto criar Centros de Convivência em Salvador e em Feira de Santana, até junho de 2021 havia apenas 1 serviço desse tipo existente desde antes da aprovação do “Plano” em 2018.

### **8.4.3 - Atenção Residencial de Caráter Transitório**

#### *Unidades de Acolhimento na Bahia*

As Unidades de Acolhimento passaram a integrar a RAPS em 2011. A Portaria GM nº 121 de janeiro de 2012 instituiu, no componente de atenção residencial de

<sup>164</sup> CNES - Equipes de Saúde – Brasil. Quantidade por Tipo da Equipe: EMAESM; Ano/mês competência. Período: Dez/2008-Dez/2020. Acessado em 21/09/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>

caráter transitório, as UA's para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas. Consta no CNES a existência de **179** UA no Brasil. Na Bahia existem apenas **8** serviços.

As UA para adultos (UA-A) estão previstas para uma população de 200.000 habitantes. Na Bahia existem sete municípios com população igual ou superior a essa quantidade. Juntas, a população desses sete municípios soma 4.785.219 habitantes; seriam necessárias cerca de 24 UA para essa população. As Unidades de Acolhimento para Infância e Juventude (UA-IJ) estão previstas para municípios ou regiões com população acima de 100.000 habitantes. Na Bahia há 17 municípios com essa condição que juntos somam 6.194.741 habitantes; seriam necessárias 31 UA-IJ para atender essa população. A Portaria GM nº 121/2012 não define uma meta para cobertura.

Há **1** UA implantada em cada um dos seguintes municípios: Cândido Sales, Conceição do Coité, Itatim, Luiz Eduardo Magalhães, Rafael Jambeiro e Serrinha. Em Salvador há **2** UA implantadas. Além das UA's em funcionamento, o município de Lauro de Freitas inaugurou uma UA-IJ em 2020, mas ainda não consta no CNES. Entre 2015 e 2017 existiu uma UA-A em Vitória da Conquista custeada com recursos municipais, mas foi fechada sem jamais ter sido habilitada. Entre os municípios de médio e grande porte do estado somente Salvador tinha UA em funcionamento em dezembro de 2020. Apenas 5 microrregiões de saúde possuem esse serviço.

A quantidade de UA implantada no estado é insuficiente quando comparada com a densidade populacional dos municípios de médio e grande porte. Trata-se de um dos pontos de atenção mais deficitários da RAPS da Bahia. A baixa cobertura das UA e dos CAPS AD no estado tem gerado um cenário de insuficiência assistencial para o cuidado às pessoas que usam substâncias psicoativas. A tabela abaixo apresenta a sequência de implantação das UAs na Bahia.

**Tabela 34 - Série Histórica da implantação das Unidades de Acolhimento na Bahia**

Classificação do Serviço	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Serviço de Atenção Psicossocial / UA Adulto	-	3	2	3	3	4	4	5	6
Serviço de Atenção Psicossocial / UA Infanto-Juvenil	-	2	3	3	3	4	2	2	2
Serviço de Atenção Psicossocial / Unidade de Atenção em Regime Residencial	1	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>

Fonte: CNES (2021)<sup>165</sup>

<sup>165</sup> CNES - Estabelecimentos - Classificação do Serviço – Bahia. Quantidade por Classificação do Serviço e Ano/mês competência. Serviço de Atenção Psicossocial/ Unidade de Acolhimento. Período: dez/2012-

### *Comunidades Terapêuticas na Bahia*

Entre os pontos de atenção da RAPS as Comunidades Terapêuticas têm maior dificuldade de rastreio. Assim como tem acontecido em âmbito nacional, na Bahia há duas características que dificultam o acompanhamento destes serviços; em primeiro lugar, atualmente estes serviços não estão vinculados à política de saúde, embora sejam reconhecidos como equipamentos que integram a rede de saúde. No caso da Bahia, as Comunidades Terapêuticas que recebem financiamento do governo do estado estão vinculadas a duas Superintendências da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social [SJDHDS]; nesse caso, a Superintendência de Apoio e Defesa aos Direitos Humanos [SUDH] e a Superintendência de Políticas Sobre Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis [SUPRAD]. Em segundo lugar, o financiamento tem sido realizado por meio de contratos de diferentes tipificações ou modalidades específicas de edital, com modalidades de contrato diferente para as diferentes instituições.

A SUDH tem um contrato da modalidade ‘Termo de Colaboração’ com o Instituto de Defesa dos Direitos Humanos Doutor Jesus, que é uma Organização de Sociedade Civil sediada em Candeias. A modalidade de contrato é legal com base na Lei Federal nº 13.019/2014 e Lei Federal nº 13.204/2015. Esse tipo de contrato depende de uma decisão monocrática do contratante, não há critérios objetivos para a seleção da instituição a ser contemplada. O Instituto é administrado por um pastor evangélico, eleito deputado estadual por quatro vezes consecutivas e atualmente deputado federal, tendo sido o deputado federal mais votado da Bahia em 2018, assim como seu filho que jamais havia concorrido a cargos eletivos e, ainda assim, foi eleito o deputado estadual com a maior votação de um parlamentar estadual, no mesmo ano que seu pai foi eleito deputado federal. Essa instituição ofereceu um importante capital político aos seus fundadores. A instituição foi fundada em 1991 com foco em ‘dependência química’. Atualmente a instituição tem cerca de 1.200 vagas, possivelmente a maior estrutura do gênero no Brasil, equivalente aos hospitais psiquiátricos de grande porte existentes entre as décadas de 1980 e 2000.

De acordo com o ‘Painel’ do Portal da Transparência do Governo do Estado da Bahia, entre 2016 e novembro de 2021 foram gastos somente com essa instituição

exatos R\$ 64.801.041,07<sup>166</sup> (sessenta e quatro milhões, oitocentos e um mil, quarenta e um reais e sete centavos). De acordo com Parecer nº 000299/2021 do Ministério Público de Contas do Estado da Bahia (MPC-BA, 2021), a SUDH celebrou novo convênio em 2020 com o Instituto com previsão de 1.000 vagas a serem disponibilizadas 18/04/2020 a 17/04/2022 com custo previsto de R\$ 38.604.162,36 (trinta e oito milhões, seiscentos e quatro mil, cento e sessenta e dois reais e trinta e seis centavos). Parte desse valor já foi executado e está incluído no montante apresentado anteriormente. O citado Parecer do MPC-BA aponta diversos problemas no modo como essa instituição tem sido contratada: 1) reincidência na falta de planejamento tempestivo da SJDHDS para a realização do chamamento público, ocasionando dispensa emergencial; 2) fragilidades na formalização do Termo de Colaboração; 3) ausência de comprovação de inviabilidade de competição apta a originar a inexigibilidade de chamamento público; entre outros.

Além dos contratos realizados pela SJDH, há também os contratos que são realizados pela SUPRAD. Desde 2013 essa Secretaria tem realizado contratos com Comunidades Terapêuticas como parte das ações do “Pacto pela Vida”, correlato em âmbito estadual do plano do Governo Federal denominado “Crack, é possível vencer”. A SUPRAD tem contrato anual com 12 Comunidades Terapêuticas instaladas em: Barreiras, Itabuna, Lapão, Santo Estevão, Lauro de Freitas, Vitória da Conquista, Dias D`ávila, Feira de Santana, Alagoinhas, Irecê e Senhor do Bonfim. Entre 2013 e junho de 2021 o custo com esse serviço foi de 30.900.205,90 (trinta milhões, novecentos mil, duzentos e cinco reais e noventa centavos)<sup>167</sup>.

De acordo com a Nota Técnica 21 do IPEA (2017, p, 12), havia 60 Comunidades Terapêuticas na Bahia, representando 3,2% do total das instituições brasileiras; esse número de serviços existentes está desatualizado, mas não tem como ser monitorado porque não há um cadastro nacional dessas instituições. Chama atenção o fato de a SESAB não ter sido responsável por nenhum dos contratos com Comunidades Terapêuticas realizados pelo Governo do Estado da Bahia; a “política de acolhimento” a pessoas que usam drogas não integra as ações da política de saúde mental, não tem

---

<sup>166</sup> Poder Executivo. Órgão Pagador: SJDHDS. Recebedor: Instituto de Defesa dos Direitos Humanos Doutor Jesus. Nº do Empenho: Todos. Data do Pagamento: de 03/02/2013 à 29/11/2021. Acessado em 29/11/2021. Disponível em: <http://www.transparencia.ba.gov.br/Pagamentos/Painel>

<sup>167</sup> Fontes: 1) Sistema Integrado de Planejamento, Contabilidade e Finanças; 2) SUPRAD, com base na Lei Estadual nº 12.618/2012, lei de acesso a informação na administração pública da Bahia.

financiamento nem monitoramento por parte da SESAB. Não há nenhuma Comunidade Terapêutica baiana credenciada no CNES.

Como pode ser visto, o Governo do Estado da Bahia mantém contrato com 13 Comunidades Terapêuticas a um custo anual que ultrapassa os R\$ 15.000.000 (quinze milhões) em média. Em termos comparativos, há somente um CAPS AD mantido com recursos do orçamento estadual, e não há nenhuma Unidade de Acolhimento financiada com recurso estadual.

O número de vagas em Comunidades Terapêuticas compradas pelo Governo do Estado da Bahia em 2021 é superior ao número de leitos em hospital psiquiátrico existente em 2009. A soma de todos os diferentes contratos com as Comunidades Terapêuticas em 2021 resultou em 1.300 vagas; em 2009 existiam 1.178 leitos em hospital psiquiátrico. Com essa perspectiva o Estado reproduz o paradigma psiquiátrico dominante antes da reforma psiquiátrica; por um lado, repete a aposta no modelo de cuidado centrado no isolamento em instituições totais, por outro lado, favorece o modelo privatista na oferta dos serviços.

Quanto às ações do Governo Federal destinadas a Bahia, de acordo com o ‘Aviso nº 1/2021 SEDS/SENAPRED referente ao Edital de Credenciamento Público nº 17/2019’<sup>168</sup>, em 2021 foram financiadas 18 Comunidades Terapêuticas na Bahia.

Ao todo, há 31 Comunidades Terapêuticas recebendo financiamento público; sendo 13 vinculadas ao Governo Estadual e 18 vinculadas a SENAPRED do Governo Federal. Alguns municípios baianos também financiam ou financiaram vagas em Comunidades Terapêuticas, a exemplo de Feira de Santana, Guanambi, Vitória da Conquista, entre outros.

Após 20 anos do início da reorientação do modelo assistencial em saúde mental, a Bahia conseguiu implantar apenas 12 CAPS AD e 6 CAPS AD III; porém, em menos de uma década, o número de Comunidades Terapêuticas financiadas com recurso público já é superior ao número dos CAPS AD e das UA’s. No campo da política sobre drogas no Brasil e na Bahia, as Comunidades Terapêuticas se tornaram a principal concorrente dos CAPS-AD e das UA’s numa disputa explícita tanto em relação ao modelo de cuidado quanto em relação ao financiamento estatal. No segmento da política sobre drogas, tem ocorrido um revival do *modus operandi* criticado por Cerqueira

---

<sup>168</sup> Ver em: Diário Oficial da União. Publicado em: 09/02/2021. Edição: 27. Seção: 3. Página: 5.  
<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/aviso-n-1/2021-seds/senapred-edital-de-credenciamento-publico-n-17/2019-303001947>

(1984, p. 105) no qual as empresas de serviços de saúde mental se “transformaram em impérios financeiros” e passaram a dificultar a constituição de uma rede de serviços comunitários.

A tabela abaixo apresenta as vagas disponibilizadas em Comunidades Terapêuticas financiadas pelo Governo do Estado. Não há dados sobre o número de vagas disponibilizadas pela SENAPRED.

**Tabela 35 - Comunidades Terapêuticas – SJDHDS-BA**

Classificação do Serviço	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Comunidades Terapêuticas (vagas contratualizadas pela SUPRAD)	350	420	420	390	300	300	300	300
Instituto de Defesa dos Direitos Humanos Doutor Jesus (vagas contratualizadas pela SUDH)	Dados não obtidos	Dados não obtidos	Dados não obtidos	Dados não obtidos	565	Dados não obtidos	Dados não obtidos	565

**Fonte:** Sistema Integrado de Planejamento, Contabilidade e Finanças da Bahia  
Portal da transparência da Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia

#### 8.4.4 - Estratégia de Desinstitucionalização

##### *Serviço Residencial Terapêutico na Bahia*

Como dito anteriormente, desde o início dos anos 2000 a maioria dos hospitais psiquiátricos da Bahia passaram a receber indicação para descredenciamento. Na primeira década foram descredenciados três hospitais em Salvador: a Casa de Saúde Santa Mônica foi descredenciada em 2003; em 2006 houve o descredenciamento do Sanatório Bahia e da Casa de Saúde Ana Nery. Os outros dois hospitais especializados públicos foram mantidos (Hospital Especializado Juliano Moreira e Hospital Mário Leal). O Sanatório Nossa Senhora de Fátima localizado em Juazeiro também teve indicação para descredenciamento em 2003, mas conseguiu reverter a indicação por meio de apelações jurídicas.

O CNES não tem dados sobre pessoas institucionalizadas em hospitais psiquiátricos. A quantidade de pessoas institucionalizadas varia ano a ano por conta da entrada de novas pessoas, das saídas por óbitos ou por desinstitucionalização.

Em nota à imprensa em 2005, a SESAB<sup>169</sup> informou que havia 365 pessoas de longa permanência somente no Hospital Lopes Rodrigues em Feira de Santana. Na

<sup>169</sup> Ver: SESAB Avança na Reforma Psiquiátrica e entrega documentos a pacientes com transtorno mental. 6 de abril de 2005. Acessado em 21/10/2021. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/noticias/noticia.asp?NOTICIA=926>

ocasião, esse hospital tinha 483 leitos, ou seja, 75,5% dos leitos eram destinados a internos institucionalizados. Nesse hospital o processo de desinstitucionalização foi iniciado em 2005, ano em que 83 internos de longa permanência foram desinstitucionalizados com transferência para 11 SRT de Feira de Santana e região. De acordo com Bahia (2018a, p. 25) entre 2013 e 2016 houve desinstitucionalização de outros 80 internos de longa permanência, dos quais 54 foram “encaminhadas para os SRT, e 26 retornaram para suas famílias”.

Os quatro hospitais públicos da Bahia foram indicados para descredenciamento. O PNASH de 2003/2004 indicou o descredenciamento do Hospital Especializado Lopes Rodrigues (Portaria do Ministério da Saúde nº 150 de 18 de junho de 2003), indicativo reiterado no PNASH de 2009 (Portaria do Ministério da Saúde nº 426 de 3 de dezembro de 2009). O PNASH de 2014 indicou o descredenciamento dos demais hospitais: Hospital Especializado Juliano Moreira, Hospital Especializado Mário Leal, Hospital Especializado Afrânio Peixoto (Portaria do Ministério da Saúde nº 1.727 de 24 de novembro de 2016). Em virtude da orientação do Ministério da Saúde para descredenciamento dessas instituições, diante da pressão exercida pelo movimento antimanicomial da Bahia, que cobrou da SESAB a apresentação de um plano de ação para organizar esse processo<sup>170</sup>, em março de 2017 a SESAB constituiu a CIPAD com o objetivo de “formular um Plano de Trabalho para as ações de desinstitucionalização a serem executadas, bem como estabelecer as prioridades para implementação de ações e serviços no Estado (BAHIA, 2018a, p. 16). Entre essas ações havia a pretensão de implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos. Na ocasião, estimava-se que havia 136 pessoas morando nos hospitais psiquiátricos estaduais. A súmula da reunião da CIPAD de 23/05/2017 registrava que, naquela data, no Hospital Especializado Lopes Rodrigues ainda existiam 86 moradores. O Plano não definiu o número de novos serviços necessários nem definiu a fonte de recursos financeiros para implementação das SRT. De todo modo, mesmo com a Ação Civil Pública impetrada pelo MPE, MPF e DPU, a desinstitucionalização continuou ocorrendo sem, contudo, prever o descredenciamento desse hospital.

---

<sup>170</sup> Nesse período também houve pressão dos agentes sociais (pessoas e instituições) favoráveis à manutenção dos hospitais psiquiátricos. A crítica desses agentes era justamente contra o descredenciamento dos hospitais, conforme se planejava na ocasião. Houve manifestações em vias públicas e na imprensa em Salvador trazendo as mesmas narrativas que historicamente sedimentaram a defesa dos hospitais psiquiátricos: desassistência em saúde mental, aumento da população em situação de rua, ausência de serviços de referência para as crises psiquiátricas, etc.

A mesma súmula da reunião da CIPAD registrou que havia 47 moradores no Hospital Especializado Juliano Moreira, além de três outros moradores no Hospital Especializado Afrânio Peixoto. O Hospital Especializado Mário Leal não tinha pessoas de longa permanência. Em novembro de 2021 um grupo de 8 moradores do Hospital Juliano Moreira foi deslocado para um SRT em Itapetinga.

Somando-se os SRT informados no ‘Plano Estadual de Desintitucionalização’ chega-se a quantidade de 22 unidades, sendo distribuídas da seguinte forma:

**Microrregião de Feira de Santana:** Feira de Santana tem 9 e Coração de Maria tem 1.

**Microrregião de Itaberaba:** 1 em Iaçú

**Microrregião de Serrinha:** 1 em Araci e 1 em Euclides da Cunha

**Microrregião de Salvador:** Somente Salvador possui SRT, totalizando-se 07 serviços.

**Região de Saúde de Juazeiro:** 1 em Juazeiro

**Região de Saúde de Itapetinga:** 1 em Itapetinga

De acordo com o CNES, a Bahia possui apenas 16 SRT. A tabela abaixo apresenta a evolução desses serviços na Bahia. Verifica-se que o número de serviços implantados após o ‘Plano de Desinstitucionalização’ não é suficiente para desinstitucionalizar os 136 moradores existentes na contagem de 2018. Seriam necessárias 17 novas residências somente para esse grupo. Entretanto, somente duas residências foram implantadas desde 2018.

**Tabela 36 - Série histórica da habilitação de SRT na Bahia**

Classificação do Serviço	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Residência Terapêutica em Saúde Mental	10	10	10	S/D	7	8	7	2	2	2	2	1	-
Serviço Residencial Terapêutico Tipo I	-	-	-	S/D	1	-	2	4	3	3	3	3	3
Serviço Residencial Terapêutico Tipo II	-	-	-	S/D	-	1	3	7	9	9	9	11	13
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>S/D</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>

Fonte: CNES (2021)<sup>171</sup>

A tabela abaixo apresenta a distribuição dos SRT por município da Bahia, com base nos dados do CNES. Observa-se que o município de Feira de Santana aparece com

<sup>171</sup> CNES - Estabelecimentos - Serviço/Classificação após março/2008 – Bahia. Quantidade por Classificação do Serviço e Ano/mês compet.. Classificação do Serviço: RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA EM SAÚDE MENTAL, SERVIÇO RESIDENCIAL. Período: Dez/2008-Dez/2020. Acessado em 20/11/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/servc2BA.def>

apenas 2 SRT habilitadas em 2020 e Salvador aparece com 5. Em Feira de Santana há residências implantadas, mas não foram habilitadas; situação semelhante ocorre em Salvador. A SRT de Ibicaraí, uma das primeiras a serem implantadas na Bahia, só tem cadastro até 2019.

**Tabela 37 - Série histórica da habilitação de SRT por Municípios na Bahia**

Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Amélia Rodrigues	-	-	-	S/D	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Araci	-	-	-	S/D	-	-	1	1	1	1	1	1	1
Coração de Maria	-	-	-	S/D	-	-	1	1	1	1	1	1	1
Euclides da Cunha	-	-	-	S/D	-	-	1	1	1	1	1	1	1
Feira de Santana	4	4	4	S/D	3	3	3	3	3	3	3	3	2
Iaçu	-	-	-	S/D	-	-	1	1	1	1	1	1	1
Ibicaraí	1	1	1	S/D	1	1	1	1	1	1	1	-	-
Itapetinga	-	-	-	S/D	-	-	-	-	1	1	1	1	1
Juazeiro	1	1	1	S/D	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Pé de Serra	-	-	-	S/D	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Salvador	2	2	2	S/D	3	4	4	5	5	5	5	5	5
Vitória da Conquista	-	-	-	S/D	-	-	-	-	-	-	-	1	1
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>S/D</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>

Fonte: CNES (2021)<sup>172</sup>

#### 8.4.5 - Atenção de Urgência e Emergência

##### *Rede de Urgência em Emergência na Bahia*

A RUE da Bahia é composta por 20 centrais regionais do Serviço Móvel de Urgência (SAMU), cobrindo 297 municípios. Além do SAMU, a Bahia dispõe de 56 Unidades de Pronto Atendimento distribuídas nos 36 maiores municípios.

Em consonância com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Saúde e com a Política Nacional de Humanização, em 2012 a SESAB constituiu um Grupo de Trabalho (GT) intersetorial para a criação do ‘Protocolo Estadual de Classificação de Risco’. O protocolo da Bahia foi construído a partir de uma adaptação do Protocolo de Manchester. Nesse documento, o ‘Descritor 23-A’ definiu o manejo nas situações de situações de crises psíquicas / abstinência de álcool e outras drogas.

Na ‘análise de situação de saúde mental’ feita pela Área Técnica de Saúde Mental da Bahia (ATSM) em 2008, consta que havia uma importante lacuna no

<sup>172</sup> CNES - Estabelecimentos - Serviço/Classificação após março/2008 – Bahia. Quantidade por Classificação do Serviço e Ano/mês compet.. Município. Período: Dez/2008-Dez/2020. Acessado em 20/11/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/servc2BA.def>

acolhimento às crises em saúde mental. Mediante um movimento de oficinas de saúde mental em todas as regiões do estado, essa análise constatou um itinerário terapêutico em que os episódios de crise em saúde mental estavam sendo conduzidos direto para os hospitais psiquiátricos sem a mediação da rede substitutiva. Por isso, o acolhimento às urgências e emergências é um dos desafios fundamentais para a expansão da rede integral de atenção à saúde mental na Bahia. Como forma de equacionar esse ‘nó crítico’, sugeriu-se “incentivar ações de matriciamento em Saúde Mental para construção de um fluxo de atividades, junto à atenção básica, aos serviços de urgência e emergência e aos hospitais” (BAHIA, 2008, p. 30).

As tabelas 30 e 31 acima apresentam os procedimentos realizados pelos CAPS da Bahia, entre os quais está exatamente o “matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares”. O CNES passou a registrar especificamente esse procedimento a partir de 2013. Nessas tabelas verifica-se baixa produção dessa ação, uma média de 2.771 procedimentos ano. Ocorre que, no levantamento da produção por município, constata-se que o município de Caetité foi responsável por quase metade dessa produção; por outro lado, Feira de Santana tem média de 530 ações desse tipo por ano e Salvador tem média de 57 ações de matriciamento anualmente. Embora a RUE da Bahia alcance 100% de cobertura em mais de 80% dos municípios, a articulação entre os CAPS e a RUE tem sido insuficiente: nos instrumentos de gestão (planejamento anual e relatórios anuais de gestão) da SESAB não há indicativo de construção de protocolos de itinerários assistenciais, não há fluxograma ou regulação da assistência às urgências, não há contratualidade para o cuidado compartilhado na atenção às urgências. A inexistência de definição de fluxos assistenciais para as urgências em saúde mental faz com que o hospital psiquiátrico continue sendo, quase sempre, a referência de primeira escolha para as intercorrências.

O inciso III do art. 3º da Portaria GM nº 148/2012 determina a necessidade de “estabelecimento de fluxos entre os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção às Urgências e o sistema de regulação”. Antes dessa normativa, a Portaria GM Nº 2048/2002, que buscou aprofundar os sistemas estaduais de regulação das urgências e emergências, havia definido que Centrais de Regulação em âmbito estadual ou regional devem ser “o elemento ordenador e orientador dos sistemas de urgência e emergência”, inclusive para as demandas psiquiátricas. No caso da Bahia, a

existência de um sistema de regulação de fluxo torna-se ainda mais necessário dada a baixa quantidade de CAPS III.

A capacidade instalada na Bahia em termos de pontos de atenção da RUE é compatível com o que está preconizado em âmbito nacional. Nesse caso, a lacuna existente não é estrutural ou logística; a lacuna é gerencial.

A tabela abaixo apresenta a regionalização das UPA's da Bahia. Há serviços em todas as microrregiões de saúde. Todas as cidades de médio e grande porte do estado estão contempladas.

**Tabela 38 - Unidades de Pronto Atendimento na Bahia em 2020**

MACRORREGIÃO	MUNICÍPIO	NOME DA UPA NO CNES	PORTE
OESTE	Bom Jesus da Lapa	UPA 24h Bom Jesus da Lapa	I
	Luís Eduardo Magalhães	UPA Luís Eduardo Magalhães	I
	Barreiras	UPA de Barreiras	I
	Santa Maria da Vitória	UPA Santa Maria da Vitória	I
EXTREMO SUL	Porto Seguro	UPA Frei Calixto	II
		UPA Arrail da Ajuda	I
	Teixeira de Freitas	UPA Unidade de Pronto Atendimento	II
	Prado	UPA 24h Prado	I
CENTRO LESTE	Seabra	UPA 24h de Seabra Jorge Alves de Oliveira	I
	Monte Santo	UPA 24h Monte Santo	I
	Ipirá	UPA de Ipirá Genario Libório Lima	I
		UPA de Feira Santana (Estadual)	III
		UPA da Mangabeira Jairo de Jesus Santos	I
	Feira de Santana	UPA da Queimadinha	II
		Itaberaba	UPA Dr. Nelson Ribeiro de Alencar
Euclides da Cunha	UPA Dr. Aristides Freitas Queiroz	I	
NORTE	Senhor do Bonfim	UPA de Sr. do Bonfim	I
	Juazeiro	UPA Dr. João Oliveira	II
CENTRO NORTE	Irecê	UPA 24h Rosa Maria Oliveira Bastos	I
	Jacobina	UPA de Josefa Maia da Silva	II
	Capim Grosso	UPA Capim Grosso	I
SUDOESTE	Caetité	UPA 24h de Caetité	III
	Itapetinga	UPA 24h Itapetinga	I
	Poções	UPA 24h Vilivaldo Macedo	I
	Guanambi	UPA 24h Guanambi	I
	Livramento de Nossa Senhora	UPA Marilton Tanajura Matias	I
	Macaubas	UPA Luís Eduardo Magalhães	II
	Vitória da Conquista	UPA 24h Vitoria da Conquista(estadual)	III
LESTE	Cruz das Almas	UPA 24h UPA I	I
	Vera Cruz	UPA de Vera Cruz	II
		UPA 24h São Cristovão	III
		UPA 24h Professor Adroaldo Albergaria	III
		UPA 24h Vale dos Barris	III
		UPA 24h Pirajá/ Stº Inacio	III
		UPA de Paripe	III
		UPA dos Brotas	III
		UPA 24h Valéria	III

		UPA 24h San Martin	III
		UPA 24h Itapõa	III
		UPA Cabula	III
		UPA São Caetano	I
	Lauro de Freitas	UPA de Itinga	II
	Simões Filho	UPA Simões Filho	II
	Dias Dávila	UPA de Lucas Evangelista	I
	Camaçari	UPA 24h Gleba A Gravata	II
		UPA 24h Arembepe	I
	Maragogipe	UPA de Maragogipe	I
SUL	Itabuna	UPA de Monte Santo	I
	Jequié	UPA de Eunice Jesus Leal Almeida	I
NORDESTE	Rio Real	UPA 24h Ana Leopoldina dos Santos	I

Fonte: SESAB (2021)<sup>173</sup>

## 8.5 - A Rede de Atenção Psicossocial em Salvador

### 8.5.1 - Características sociodemográficas de Salvador

A cidade de Salvador possui uma extensão territorial de 693,453 km<sup>2</sup>. A Lei municipal nº 9.278/2017<sup>174</sup>, que dispôs sobre a delimitação e denominação das áreas da cidade, baseada no Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano, reconheceu a existência de 160 bairros no continente e três porções insulares localizadas nas ilhas da Baía de Todos os Santos.

De acordo com o Censo do IBGE realizado em 2010, a população residente em Salvador era de 2.675.656 de habitantes, tendo uma densidade demográfica de 3.859,44 hab/km<sup>2</sup>. Esse município atualmente tem a quarta maior população entre as cidades brasileiras. O IBGE estimou uma população de 2.886.698<sup>175</sup> para o ano de 2020.

De acordo com a Síntese dos Indicadores Sociais publicada pelo IBGE em dezembro de 2021 com dados referentes aos três anos anteriores, o PIB de Salvador foi de R\$ 63.526.092,49<sup>176</sup> bilhões. Em 2018 o PIB *per capita* em Salvador foi de R\$ 22.232,68, bem abaixo da média nacional que foi de R\$ 35.161,70. Salvador ocupava a posição 38º da Bahia em termos de PIB *per capita* e a 2.113º no comparativo nacional com dados do IBGE de 2019.

<sup>173</sup> Secretaria Estadual de Saúde. Atenção Especializada – UPA. Acessado em 25/11/2021. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dae/upa/>

<sup>174</sup> Ver: <https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/lei-ordinaria/2017/927/9278/lei-ordinaria-n-9278-2017-dispoe-sobre-a-delimitacao-e-denominacao-dos-bairros-do-municipio-de-salvador-capital-do-estado-da-bahia-na-forma-que-indica-e-da-outras-providencias>

<sup>175</sup> Ver: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba.html>

<sup>176</sup> Ver: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/pesquisa/38/47001?tipo=ranking&ano=2018>

No Censo de 2010, o IDH-M<sup>177</sup> foi 0,759, sensivelmente maior que o da Bahia, que foi de 0,660, e um pouco maior que o do Brasil que foi 0,727. De acordo com a PNAD-C de 2017, o IDH-M da Bahia era 0,714 e do Brasil era 0,778. Não foi possível especificar o município de Salvador, mas o relatório apresenta dados sobre a Região Metropolitana de Salvador que, na ocasião, tinha IDH-M de 0,775, considerando que essa região concentra municípios de alta renda como São Francisco do Conde, Camaçari, entre outros. Na Síntese dos Indicadores Sociais – IBGE – de 2020<sup>178</sup>, o Índice de Gini de Salvador foi de 0,590; o indicador da Bahia foi de 0,537; no Nordeste esse indicador era de 0,526; no Brasil o indicador era de 0,524. Portanto, a desigualdade social em Salvador é maior que a média da Bahia, do Nordeste e do Brasil.

Na Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD-Contínua), realizada em Salvador em 2019, estimaram-se as seguintes composições relacionadas às questões de raça e sexo:

**Tabela 39 - Distribuição da população de Salvador por raça e sexo**

Município	População residente		Sexo	
	Cor / raça	Total	Homens	Mulheres
Salvador (BA)	Total	2.872.000 <sup>179</sup>	1.300.000	1.572.000
	Branca	540.000	239.000	301.000
	Preta	981.000	448.000	532.000
	Parda	1.297.000	587.000	710.000

Fonte: Sidra/IBGE 2021<sup>180</sup>

Os homens correspondem 45,3% e as mulheres 54,7 % da população. A PNAD estimou que a população branca em Salvador é de aproximadamente 18,8%, a população preta corresponde 34,1% e a população parda é 45,1%. Outros 2% são autodeclarados indígenas, amarelos ou fazem parte de uma categoria ignorada na pesquisa. Considerando a soma de pretos e pardos, tem-se um percentual de 79,2% da população da cidade.

<sup>177</sup> Ver: <http://www.atlasbrasil.org.br/ranking>

<sup>178</sup> Ver: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?edicao=29143&t=downloads>

<sup>179</sup> No cálculo da população há divergência entre os dados do PNAD-C e a estimativa do IBGE. A diferença é de aproximadamente 14.000 habitantes.

<sup>180</sup> Tabela 6408 - Variável – População. Município. Cor ou raça. Ano x Sexo. 2019. <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6408>

### 8.5.2 - Organização do Sistema Municipal de Saúde de Salvador

A Lei municipal nº 9.278/2017<sup>181</sup>, que dispôs sobre a delimitação e denominação das áreas da cidade, baseada no Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano, reconheceu a existência de 160 bairros no continente e três porções insulares localizadas nas ilhas da Baía de Todos os Santos.

A organização gerencial-administrativa da política de saúde em Salvador divide-se em doze distritos sanitários que cobrem todas as áreas do município. Cada distrito é composto por uma pequena rede de serviços de saúde com variados perfis. No CNES referente a Salvador, em janeiro de 2021, havia o registro de 3.286 serviços de saúde de diferentes naturezas (público, privado, filantrópico). A atenção hospitalar era composta por um quantitativo de 116 unidades hospitalares distribuídas da seguinte forma:<sup>182</sup>

- ✓ 28 hospitais especializados [1 federal, 10 estaduais, 11 privados e 6 filantrópicos];
- ✓ 33 hospitais gerais [2 federais, 8 estaduais, 1 municipal, 14 privado e 8 filantrópicos];
- ✓ 55 hospitais dia [1 estadual, 52 privados e 2 filantrópicos].

O município possui 2 unidades de pronto socorro geral e 2 unidades de pronto socorro especializado, ambas administradas pela SESAB. São ainda 18 serviços de pronto atendimento, sendo 02 da gestão estadual e 16 da gestão municipal. A Rede de Urgência e Emergência conta com 51 Unidades Móveis de atenção pré-hospitalar, todas administrada pela gestão municipal.

Em janeiro de 2021, o sistema de informação ‘E-SUS gestor’<sup>183</sup> continha registro de 335 Equipes de Saúde da Família (ESF), além de 91 equipes de Atenção Básica equivalentes a equipes da ESF. A cobertura de ESF é de 40,24%, enquanto que a Atenção Básica cobre 56,36% da população do município. Estima-se que o conjunto dos equipamentos da rede de Atenção Básica cobre cerca de 1.618.740 munícipes. A rede de atenção básica possui ainda 14 equipes dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) e 8 equipes de Consultório na Rua.

<sup>181</sup> Ver: <https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/lei-ordinaria/2017/927/9278/lei-ordinaria-n-9278-2017-dispoe-sobre-a-delimitacao-e-denominacao-dos-bairros-do-municipio-de-salvador-capital-do-estado-da-bahia-na-forma-que-indica-e-da-outras-providencias>

<sup>182</sup> Ver: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabba.def>

<sup>183</sup> Pesquisar por: Unidades Geográficas - NORDESTE - BA – SALVADOR / Período – janeiro a dezembro de 2020. Acessado em 20/10/2021. Disponível em: <https://gestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

Em conformidade com as portarias GM/MS 3.088/2011 e GM/MS 3.588/2017, os serviços especializados da Rede de Atenção Psicossocial estão organizados conforme demonstrado na tabela abaixo. Até o presente momento não há no CNES registro de Comunidades Terapêuticas disponíveis ou financiadas pela gestão municipal de Salvador.

**Tabela 40 - Componentes e Pontos de Atenção da RAPS de Salvador em 2021**

COMPONENTES	QUAN	PONTOS DE ATENÇÃO	GESTÃO
Atenção Básica	359	Equipes de Saúde da Família (eSF) [implantadas]	(M)
	46	Unidades Básicas de Saúde (UBS)	(M)
	12	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)	(M)
	3	NASF tipo I	(M)
	3	Equipe de Consultório na Rua MIII	(M)
	5	Equipes de Consultórios na Rua (eCR)	(M)
	1	Equipe de Matriciamento em Saúde Mental	(M)
Atenção Psicossocial Especializada	1	CAPS tipo I (contratualizado)/ Centro de Especialidades	(M)
	13	CAPS tipo II	(M)
	2	CAPS IA tipo II	(M)
	2	CAPS AD tipo II (1 SESAB/UFBA)	(M/E)
	1	CAPS tipo III	(M)
	1	CAPS AD tipo III	(M)
	2	Ambulatório de Psiquiatria - serviço do Hospital Especializado Mário Leal - serviço do Hospital Juliano Moreira	(E)
	3	Centros de Saúde Mental (CSM) - Centro de Saúde Mental Oswaldo Camargo; - Centro de Saúde Mental Aristides Novis; - Centro de Saúde Mental Rubim de Pinho	(M)
1	Centro de Referência Estadual para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista [CRE-TEA]	(E)	
1	Centro especializado em álcool e outras drogas [CETAD/UFBA]	(F)	
Atenção de Urgência e Emergência	1	Pronto-Atendimento Psiquiátrico (PAP)	(M)
	11	Unidades de Pronto-Atendimento 24 horas (UPA)	(E/M)
	2	Unidades de Emergência	
	5	Pronto-Atendimentos (PA)	(M)
	--	SAMU 192	(M)
Atenção de Caráter Transitório	2	Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UA-I) Unidade de Acolhimento Adulto (UA-A)	(M)
Atenção Hospitalar	2	Hospitais Especializados em Psiquiatria - Hospital Especializado Mário Leal - 30 leitos - Hospital Juliano Moreira - 178 leitos	(E)
	3	Hospital Geral com leitos psiquiátricos ou saúde mental - Hospital Universitário Edgard Santos - 14 leitos - Hospital Santo Antônio [complementar] - 30 leitos - Hospital Municipal de Salvador - 10 leitos	(F) (E) (M)
Estratégias de Desinstitucionalização	7	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	(M)
	S/D	Programa de Volta para Casa (PVC)	(M)
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	1	Projeto Gerar (atividade de geração de renda de iniciativa do Instituto de Saúde Coletiva UFBA)	

**Fonte:** CNES (2021), Plano Municipal de Saúde 2022-2025 - Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (2021)

O CNES registra a existência de 19 CAPS em Salvador, embora na prática existam 20 unidades em funcionamento. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) mantém convênio com uma Organização Não Governamental para o gerenciamento do ‘Centro Nzinga de Atenção à Saúde Mental da Mulher e Família’ que está habilitado como CAPS tipo I, financiado com recursos do município. Esse centro de saúde tem cadastro desde 2003.

Há serviços especializados em saúde mental em cada um dos doze distritos sanitários de Salvador. Estes serviços estão distribuídos conforme apresentado na tabela abaixo.

**Tabela 41 - Distribuição dos serviços especializados por distrito sanitário em Salvador**

<b>DISTRITO SANITÁRIO</b>	<b>SERVIÇOS</b>
<b>Barra / Rio Vermelho</b>	CAPS II Garcia / UFBA CAPS II Osvaldo Camargo CSM Osvaldo Camargo Pronto Atendimento Psiquiátrico (PAP)
<b>Boca do Rio</b>	CAPS III Rosa Garcia
<b>Brotas</b>	CAPS II Aristides Novis CSM Aristides Novis
<b>Cabula / Beiru</b>	CAPS II Eduardo Saback CAPS AD Pernambués
<b>Cajazeiras</b>	CAPS II Nise da Silveira CAPS II Águas Claras
<b>Centro Histórico</b>	CAPS II Antônio Roberto Pellegrino CAPS AD Gregório de Matos
<b>Itapagipe</b>	CAPS II Adilson Sampaio CSM Álvaro Rubim de Pinho
<b>Itapuã</b>	CAPS II Franco Basaglia CAPSIA Luís Meira Lessa
<b>Liberdade</b>	CAPS II Liberdade CAPSIA Liberdade
<b>Pau da Lima</b>	CAPS II Pau da Lima
<b>São Caetano / Valéria</b>	CAPS II São Caetano CAPS AD III Gey Espinheira
<b>Subúrbio Ferroviário</b>	CAPS II Maria Célia Rocha CAPS NZINGA (ONG)

Fonte: Elaboração Própria

## 8.6 - Breve análise da política de saúde mental em Salvador

A história da política de saúde mental em Salvador é rica em expectativas e pobre em acontecimentos. Como já dito anteriormente, Salvador foi o nascedouro de importantes iniciativas em termos de mobilização social, de experimentação e de vanguarda na inovação de serviços de saúde mental. Isso vem ocorrendo desde o

surgimento do primeiro Serviço de Psiquiatria em hospital geral no Brasil no ano de 1953 até as recentes inovações no cuidado às pessoas que usam drogas com iniciativas como os “Pontos de Cidadania”<sup>184</sup>. Importantes mobilizações do campo da Reforma Sanitária e da RPB foram gestadas a partir da ação de agentes sociais institucionais, grupos e militantes soteropolitanos. Contudo, a política geral de saúde e a política de saúde mental de Salvador é retardatária, marcada por contradições e impasses. A potência instituinte das experimentações e serviços, principalmente vinculados a movimentos sociais e à academia, não tem encontrado assimilação sincrônica na agenda dos diferentes ciclos da gestão municipal.

Há três fatores que determinaram a baixa evolução da política de saúde mental em Salvador. Em primeiro lugar, historicamente esse município teve uma forte presença de hospitais psiquiátricos, sobretudo os serviços da iniciativa privada, fator de forte resistência a mudanças. Em segundo lugar, há um significativo conflito de interesses entre a gestão estadual e a gestão municipal de saúde, quase sempre conflito negativo de interesses, que tem gerado como consequência a inexistência de soluções para os crônicos problemas da rede de saúde mental; a título de exemplo, mesmo tendo participado da CIPAD, a SMS de Salvador não assumiu nenhuma responsabilidade objetiva no ‘Plano de Desinstitucionalização’ construído em 2017, mesmo que esse município seja o principal impactado pelo ‘Plano’ desenhado; não há compromisso formalmente assumido no “plano municipal de saúde” de 2018-2021 e nem no plano de 2022-2025. Em terceiro lugar, a política de saúde mental em Salvador não tem tido relevância nos planos municipais de saúde; a política de saúde mental é uma espécie de pequena extensão da política de saúde no geral, sem que tenha conseguido galgar condição prioritária nem mesmo quando o município atravessou a crise do descredenciamento dos hospitais psiquiátricos entre 2003 e 2006. Até dezembro de 2021, o município de Salvador não possuía uma política municipal de saúde mental.

---

<sup>184</sup> O “Ponto de Cidadania” foi uma ação que integrou as políticas da SUPRAD com foco na população em situação de rua. Tratava-se de um trailer com banheiro, chuveiro e um pequeno instalado em dois locais de grande concentração de pessoas em situação de rua e que, além de tantas outras demandas de cuidado, muitas vezes desenvolvem uma relação problemática com o uso de drogas. O projeto disponibilizava kit de higiene pessoal, chuveiro com ducha e vaso sanitário com vistas aos cuidados das necessidades imediatas das pessoas em situação de rua. Na perspectiva da clínica ampliada e da clínica de baixa exigência, o encontro entre os profissionais e os viventes de rua permitia a construção de vínculos, condição fundamental para a o manejo das demandas sociais e de saúde. A atividade funcionou entre 2014 e 2017.

Muitos dos ‘nós críticos’ da política de saúde em Salvador são históricos, alguns têm sido reeditados em diferentes ciclos da gestão municipal. De acordo com Cerqueira, Rocha e Teixeira (2010, p. 77),

o processo de construção do SUS em Salvador, Bahia, tem sido dificultado por uma série de fatores que incluem desde a insuficiência histórica de infraestrutura de serviços públicos de saúde na cidade até a implementação de opções políticas inadequadas em termos de gestão e financiamento dos serviços, notadamente aquelas adotadas no período compreendido entre 1997-2004.

Entre janeiro de 1997 e dezembro de 2004, a prefeitura de Salvador foi administrada por Antônio Imbassahy em dois mandatos, político do então Partido da Frente Liberal (PFL), hegemônico na Bahia naquele período na gestão de Salvador e na gestão estadual. Somente em 2006 Salvador foi habilitada para a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, quatro anos após a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. O ciclo de gestões desse partido na Bahia e em Salvador foi marcado por uma forte inclinação ao setor privado na saúde (ÁVILA, 2013; NASCIMENTO, 2019).

No campo da saúde mental, o Parecer 13/2008 do CREMEB reconheceu que a gestão municipal de saúde em Salvador, na primeira metade da década de 2000, ofereceu resistências ao processo de mudança do modelo assistencial em saúde mental. Esse documento explicita a histórica dificuldade existente, ressaltando que

é conhecida a resistência da gestão municipal da saúde da Capital, no período 1999 -2006 aos frequentes e intensos apelos de todos os setores ligados a saúde mental, inclusive das II e III Conferências Estaduais e Municipais de Saúde Mental e ações do MPE – Ministério Público Estadual. Em nada adiantou tais esforços em sensibilizar a fortaleza de tamanha resistência, sempre vitoriosa durante todo esse período. Resultou que, a seu final, não havia qualquer rubrica relacionada a saúde mental no orçamento municipal, nem mesmo para a aquisição de medicamentos da especialidade (CREMEB, 2008, p. 12).

Entre 2003 e 2006, em Salvador, houve o descredenciamento de 1.150 leitos, equivalentes a cerca de 51% dos leitos psiquiátricos habilitados no estado em 2003. Após reiteradas inspeções, três hospitais psiquiátricos de Salvador foram desabilitados do SUS (Casa de Saúde Santa Mônica, Sanatório Bahia e Casa de Saúde Ana Nery). A expansão da rede comunitária de saúde mental em Salvador já era retardatária lá no começo dos anos 2000.

A primeira habilitação de CAPS em Salvador ocorreu somente em 2002, quinze anos após a criação do primeiro CAPS brasileiro. Trata-se do CAPS II Aristides Novis

instalado no bairro Engenho Velho Brotas. O serviço começou a funcionar como rudimento de CAPS em 1997, mas só foi habilitado cinco anos após. Esse serviço compõe um complexo de equipamentos de saúde e de cultura que ocupa a área onde desde 1874 funcionou o Asilo São João de Deus, rebatizado na década de 1930 como Hospital Juliano Moreira. Em 1982 a Secretaria de Saúde do Estado realizou uma reestruturação na assistência em saúde mental, situação em que o Hospital Juliano Moreira foi deslocado para o bairro de Narandiba; as instalações existentes no Engenho Velho de Brotas passaram a abrigar o Centro de Saúde Mental Aristides Novis que chegou a ter 30 leitos psiquiátricos. Posteriormente em 2002 nesse complexo de saúde passou a funcionar também um CAPS tipo II. O primeiro CAPS de Salvador está numa área outrora ocupada por um hospital psiquiátrico e um ambulatório especializado. A área física, como um todo, encontra-se em condições precárias. O prédio que abrigou o Hospital Juliano Moreira está em ruínas. Esse serviço está marcado simbolicamente pelo lugar que tem ocupado desde sua gênese. Avaliando a situação do CAPS Aristides Novis, Nascimento (2019, p. 184) compreende que “prevalece uma proximidade, tanto física, quanto operacional, entre CAPS e Ambulatório, que reflete a indefinição quanto à transição de modelos de atenção”; tal indefinição se repete também na relação imbricada do CAPS II Oswaldo Camargo que divide espaço com o ‘Centro de Saúde Mental Oswaldo Camargo’ no bairro do Rio Vermelho.

Em 2003, foram habilitados apenas **3** novos CAPS em Salvador: o CAPS II Professor Adilson Peixoto Sampaio, o CAPS II Oswaldo Camargo e o Centro Nzinga de Atenção à Saúde Mental da Mulher e Família. Como dito, o CAPS Oswaldo Camargo teve sua origem também vinculada às instalações físicas de um ‘Centro Comunitário’ existente desde a reestruturação feita em 1982; esse CAPS continua localizado no mesmo espaço onde funciona um ambulatório de saúde mental. O Centro Nzinga está habilitado no CNES como ‘Centro de Especialidades’, mas aparece nos documentos oficiais do município como CAPS tipo I, condição inalterada desde sua habilitação. Esse é um serviço terceirizado; para sua administração, a SMS de Salvador mantém contrato com uma Organização Não Governamental, situação incomum em relação aos CAPS no estado da Bahia.

Em 2004 houve habilitação apenas do CAPS ‘Águas Claras’ no bairro de Cajazeiras II. Em 2005 outros **2** CAPS foram habilitados: o CAPS AD Pernambués e o CAPS IA Liberdade. Com isso, ao final de 2005, em plena crise decorrente do

descredenciamento dos hospitais psiquiátricos, iniciada em 2003, o município de Salvador tinha somente 7 CAPS.

Diante do prenúncio do descredenciamento dos hospitais psiquiátricos e da falta de estrutura da rede de saúde mental, em dezembro de 2005 o Ministério Público do Estado da Bahia celebrou um Termo de Ajuste de Conduta (TAC), tendo como partes passivas o Ministério da Saúde, a SESAB e a SMS de Salvador. O relatório de gestão da CGSMAD em 2007 fez a seguinte observação:

é importante indicar que ocorrem situações de descredenciamentos de hospitais psiquiátricos, decididos de forma unilateral por parte dos prestadores. Como exemplo, temos a situação de fechamento de 520 leitos em dois hospitais de Salvador, BA, em 2006, em um município que ainda apresenta uma rede precária de saúde mental. Através da intervenção do Ministério Público, conseguiu-se um prazo de seis meses para o encerramento das atividades dos dois hospitais. Estes fechamentos abruptos – não planejados e não pactuados - muitas vezes têm sido problemáticos do ponto de vista da gestão e da condução do processo de desinstitucionalização dos pacientes internados, colocando em risco a garantia da assistência a esta população (BRASIL, 2007, p. 29)

Verifica-se que o processo de descredenciamento de leitos e desabilitação dos hospitais psiquiátricos nessa ocasião não decorreu de uma deliberação intencional da gestão de saúde do município ou da SESAB, ou seja, não ocorreu por ação propositalmente planejada para tal finalidade. Na prática, as empresas de saúde proprietárias desses hospitais ameaçaram descontinuar a prestação de serviços para o SUS caso não ocorresse a recomposição das diárias, uma espécie de blefe no tabuleiro da disputa. A SESAB, o Ministério da Saúde e a SMS de Salvador não cederam às apresentadas pela empresa prestadora do serviço. Esse dado é significativo por demonstrar que o maior episódio de descredenciamento de leitos psiquiátricos em Salvador aconteceu por manobras dos prestadores, não por um prévio projeto reformista dos gestores públicos da ocasião.

O TAC celebrado em dezembro de 2005 determinou a implantação de 13 CAPS e 9 SRT até o mês de junho de 2006. Não houve nenhuma habilitação de CAPS em Salvador no ano de 2006, mesmo que alguns novos serviços tenham iniciado seu funcionamento naquele ano. Contudo, paradoxalmente, em 2006, aconteceu o maior incremento de CAPS na Bahia quando 47 novos serviços foram habilitados nas cidades do interior do estado; foi também o ano de maior incremento em âmbito nacional com novos 272 CAPS, como pode ser constatado no gráfico 16 acima. Como efeito retardatário do TAC, a rede de serviços comunitários de saúde mental em Salvador evoluiu da seguinte forma:

**4 CAPS foram habilitados em Salvador em 2007**

- o CAPS II Eduardo Saback;
- o CAPS II Antônio Pellegrino/ Jardim Baiano;
- o CAPS IA Luiz Meira Lessa
- o CAPS II Rosa Garcia;

**2 CAPS foram habilitados em 2008**

- o CAPS II Franco Basaglia
- o CAPS II Maria Célia da Rocha

**2 CAPS foram habilitados em 2009**

- o CAPS II Liberdade
- o CAPS II Garcia/UFBA

**4 CAPS foram habilitados em 2010**

- o CAPS AD III Gey Espinheira,
- o CAPS II Nise da Silveira,
- o CAPS II Pau da Lima,
- o CAPS São Caetano/ Valeria

**1 CAPS** foi habilitado em 2012 (Convênio entre a UFBA e a SESAB, esse é um serviço docente assistencial mantido com recursos da gestão estadual)

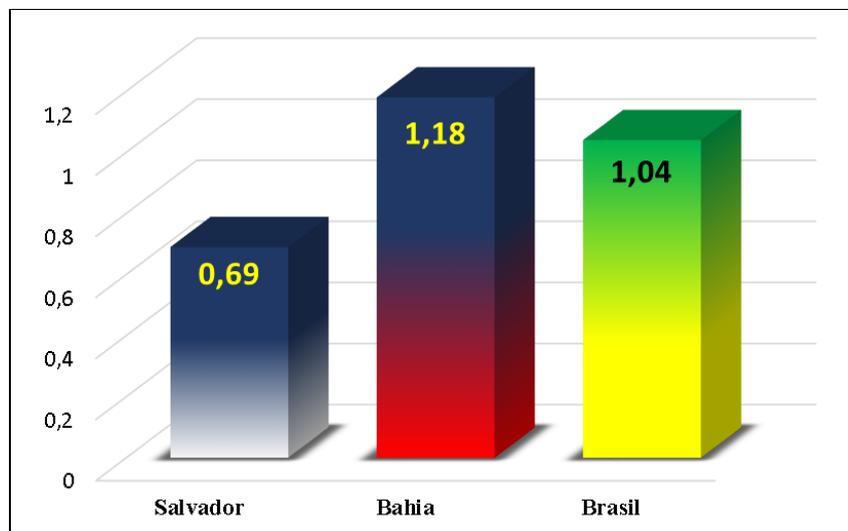
- o CAPS AD Gregório de Matos

Aplicando ao contexto de Salvador a fórmula ponderada que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, p. 75) adota para cálculo de cobertura dos CAPS, verifica-se que na contagem geral ( $n\text{CAPS} = 19$ )<sup>185</sup> em 2020 o município computa **0,69** CAPS para cada grupo de 100.000 habitantes. Nesse mesmo indicador a Bahia tem **1,18** e o Brasil tem **1,04**.

---

<sup>185</sup> Com base na fórmula ponderada, sem incluir o Centro Nizinga. Trata-se de um serviço de pessoa jurídica privada que o município considera equivalente a um CAPS I. No CNES consta como “Centro Nzinga de Atenção a Saúde Mental da Mulher e Família”. Não há no Cadastro nenhuma referência a CAPS. Ver:

[http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCo\\_Unidade=2927402532484&VEstado=29&VCodMunicipio=292740](http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2927402532484&VEstado=29&VCodMunicipio=292740)

**Gráfico 28** - Comparação do indicador de cobertura de CAPS – SSA/BA/BR

Fonte: Elaboração própria

O Ministério da Saúde considera que os municípios que possuem entre 0,50 e 0,69 CAPS por 100.000 habitantes estão com uma cobertura no intervalo avaliado como sendo de regular a boa cobertura. Entretanto, essa fórmula do Ministério da Saúde não permite avaliar as especificidades dos tipos de CAPS. Considerando a população estimada pelo IBGE para o ano de 2020, em Salvador há 1 CAPS AD (tipo II ou III) para cada grupo de 962.233 habitantes (novecentos e sessenta e dois mil, duzentos e trinta e três). Trata-se de uma situação absolutamente defasada uma vez que esse tipo de CAPS foi idealizado para uma população de 70.000 (tipo II) ou 150.000 (tipo III) habitantes. Seguindo essa base, o município de Salvador precisaria ter 19 CAPS AD III ou 41 CAPS AD tipo II.

A baixa cobertura é ainda mais grave em relação aos CAPS IA. Salvador tem apenas 2 unidades, o que significa dizer que tem 1 serviço para cada 1.443.349 habitantes (um milhão, quatrocentos e quarenta e três mil, trezentos e quarenta e nove). Seguindo a base de 1 CAPS IA para 70.000 habitantes, Salvador poderia ter 41 serviços desse tipo. Entretanto, essa é apenas uma projeção uma vez que a estimativa adotada pelo Ministério da Saúde não define parâmetros para os tipos específicos dos CAPS.

Em Salvador existe apenas 1 CAPS III para transtorno mental. Trata-se do CAPS Rosa Garcia que desde 2007 já era habilitado como CAPS tipo II. Como parte

das ações do ‘Plano de Desinstitucionalização’, em 2019 a SESAB cedeu uma nova sede e a SMS de Salvador requalificou o serviço para o tipo III. A título de comparação com um município de população aproximada, em Belo Horizonte a opção política foi implantar uma rede de serviços comunitários com atendimento 24 horas; 12 dos 13 Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) funcionam como CAPS tipo III, o que otimiza a capacidade de resposta para o acolhimento noturno e o acolhimento em situações de crises. Se a opção política de Salvador fosse compor uma rede com serviços desse tipo, seriam necessárias 19 unidades. Na prática, atualmente há apenas 2 serviços com esse perfil, sendo um deles um CAPS AD III (CAPS Gey Espinheira).

Assim como foi lento o processo de implementação e habilitação dos CAPS, em Salvador o processo de implementação e habilitação dos SRT também ocorreu de modo vagaroso. Mesmo com a iminente necessidade de desinstitucionalização de internos de longa permanência do Hospital Juliano Moreira, o Plano Municipal de Saúde “2018-2021” não previu a criação de novos SRT. O Plano Municipal de Saúde não dialogou com o “Plano de Desinstitucionalização” construído pela CIPAD com participação de representantes da gestão municipal de Salvador. Desde 2008 o município tinha 7 SRT em funcionamento, mas o CNES registrou somente 2 serviços habilitados naquele ano. De acordo com os dados do CNES de dezembro de 2020, dos 7 SRT em Salvador apenas 5 estão habilitados.

**Tabela 44** – SRT habilitadas em Salvador

	2008	2009	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
292740 Salvador	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	5	5

Fonte: CNES (2021)<sup>186</sup>

A expansão da RAPS em Salvador ocorreu mediante juridicização na medida em que houve o deslocamento do debate da arena política para a judiciária por meio do uso de procedimentos formais como estratégia para equacionamento dos conflitos e dos impasses entre os diversos entes do poder Executivo. O MPE-BA incidiu mais duas outras vezes. Em 2014 essa instituição ajuizou uma Ação Civil Pública (ACP) (tombada sob o número 0570987-98.2014.8.05.0001) na qual demandou que a SMS de Salvador apresentasse em dezoito meses um plano e o cronograma para criação da RAPS,

<sup>186</sup> CNES - Estabelecimentos - Serviço/Classificação após março/2008 – Bahia. Quantidade por Município e Ano/mês compet. Classificação do Serviço: Serviço de Atenção Psicossocial / 001 Residência Terapêutica em Saúde Mental. Período: Mar/2008-Mai/2010, Jan/2012-dez/2020. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/servc2BA.def>

assinalando que o município deveria ter 28 CAPS de atenção 24 horas (14 AD e 14 III) e 14 CAPS IA, além de um conjunto de outros serviços como SRT, leitos, UA, etc. A assessoria jurídica do município de Salvador se defendeu com o argumento de que essa ACP não poderia prosperar uma vez que só o município de Salvador foi instado como parte passiva quando, em tese, faltou citar a SESAB como litisconsorte, ou seja, corréu. Até dezembro de 2021, o processo aguardava despacho no Tribunal de Justiça da Bahia. Além dessa ACP de 2014, como dito anteriormente, o MPE-BA, o MPF e a DPU ajuizaram em 2017 os Inquéritos Cíveis nº 003.9.270800/2016/MPE e 1.14.000.000682/2017-66/MPF. Diferente das duas iniciativas anteriores, esse último procedimento visou obter provimento jurisdicional para impedir concretamente o descredenciamento dos hospitais psiquiátricos indicados pelos PNASH e listados no ‘Plano de Desinstitucionalização’ da Bahia. O documento ajuizado afirma explicitamente que as instituições representantes do aparelho jurídico pretendem “estancar a apriorística desmobilização dos serviços prestados pelos Hospitais Juliano Moreira, Mário Leal e Lopes Rodrigues, para evitar rebaixamento ainda maior do (já sofrível) nível de resolutividade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Bahia” (BAHIA, MPF & DPU, 2017, p. 2). Enquanto os procedimentos jurídicos de 2005 e 2014 tensionaram o poder executivo municipal na perspectiva de expandir a RAPS, o procedimento ajuizado em 2017 buscou preservar os hospitais psiquiátricos ainda existentes, com base nas “Diretrizes” e documentos da ABP e CFM já apresentados aqui anteriormente. Diferente dos anteriores, esse último instrumento do judiciário não estabeleceu parâmetros ou um modelo considerado apropriado para o desenho da RAPS em Salvador e Bahia, o que dificulta a possibilidade de uma solução para o impasse jurídico estabelecido. No intervalo de uma década, a política de saúde mental de Salvador esteve sendo provocada por procedimentos judiciais seja para abrir novos serviços, seja para impedir o descredenciamento dos antigos serviços.

A morosidade da política de saúde em Salvador é uma constante não somente em relação aos serviços especializados da RAPS. No estado da Bahia, o município Salvador tem a menor cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Em relação às capitais nordestinas é a 7ª colocada, ficando à frente de São Luiz e Maceió. Salvador tem 335 eES e 91 eSF equivalentes. Comparada a capitais de porte populacional aproximado, Fortaleza tem 2.669.342 de habitantes e 451 equipes de atenção básica que cobre 69,22% da população; Belo Horizonte tem 2.512.070 de habitantes e 585 equipes de atenção básica que cobre 100% da população.

Apenas em 2020 Salvador conseguiu superar a barreira dos 50% de cobertura na atenção básica, mas a cobertura de eSF continua na casa dos 40% como visto na tabela abaixo.

**Tabela 45** – Série Histórica da expansão da Atenção Básica em Salvador

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Cobertura eESF	14,62	9,78	12,28	17,84	17,66	14,22	23,29	24,88	27,22	27,99	27,71	27,8	31,88	40,24
Cobertura eAB	33,89	27,54	27,65	31,45	31,17	26,41	35,92	35,6	37	37,86	37,54	37,88	42,08	56,36

Fonte: e-Gestor (2021)<sup>187</sup>

As lacunas estruturais na RAPS em Salvador ocorrem também no ‘*componente atenção hospitalar*’. Como mostrado anteriormente (tabela 1), no final da década de 1990 esse município chegou a ter 6 hospitais psiquiátricos que concentravam 1.454 leitos dos 2.530 leitos psiquiátricos existentes na Bahia (57,5% dos leitos do estado). A partir de 1995 os dois hospitais psiquiátricos da gestão estadual localizados em Salvador possuíam juntos 206 leitos e em dezembro de 2021 possuíam 208 (178 no Hospital Especializado Juliano Moreira e 30 leitos no Hospital Mário Leal). Em duas décadas não houve redução de leitos nessas instituições.

Não houve expansão da oferta de leitos em hospital geral compatível com os parâmetros do Ministério da Saúde, nem mesmo antes do início da contrarreforma psiquiátrica com a Portaria GM nº 3.588/2017. De acordo com os dados do CNES, em Salvador não há nenhum ‘Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas’ [leito clínico código 87]. Em relação a *Hospital Dia* [código 73], existe apenas 1 leito habilitado, atualmente instalado no Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Quanto ao leito psiquiátrico tradicional [código 47] há três hospitais habilitados que juntos somam 57 leitos (Hospital Municipal de Salvador HMS = 10 leitos; Hospital Santo Antônio = 33 leitos; Hospital Universitário Professor Edgard Santos = 14 leitos). Considerando a população residente e o parâmetro de 1 leito para 23.000 habitantes, Salvador deveria ter, ao menos, 126 leitos em hospitais gerais apenas para seus municípios, sem considerar a região metropolitana. Se considerados os leitos de saúde mental existentes em hospitais gerais, atualmente há no município apenas 42%

<sup>187</sup> Cobertura da Atenção Básica. Unidade Geográfica: NORDESTE – BA – SALVADOR. Período: dezembro de 2008 a dezembro de 2020. Acessado em 22/11/2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

do número de leitos preconizados para hospitais gerais. Entretanto, os leitos habilitados no Hospital Santo Antônio e no Hospital Universitário Professor Edgard Santos não são exclusivos para Salvador, o que gera um déficit ainda maior para a rede local. Com base nas observações de campo realizadas ao longo do levantamento dos dados, verificou-se que esses dois hospitais não pactuam com os CAPS e com o SAMU municipal. O acesso aos leitos não é referenciado ou regulado pelos demais pontos de atenção da RAPS.

Em Salvador só há um ponto de atenção em saúde mental com leitos de acolhimento noturno o qual tem 8 leitos habilitados. Trata-se do CAPS III Rosa Garcia que em 2019 foi requalificado de CAPS tipo II para o tipo III. O CNES também informa a existência de 2 Unidades de Acolhimento implantadas no município, mas no registro de serviços habilitados aparece apenas 1 serviço desse tipo cujos leitos não estão informados no CNES. Seguindo o parâmetro definido pela Portaria GM nº 121/2012, Salvador tem porte populacional para 14 UA-A e 28 UA-I. Oficialmente o município conta com os 8 leitos do CAPS III. No CNES não há dados sobre o número de leitos nas UA ou no CAPS AD III.

### **8.6.1 - Crônica dos impasses e os impasses crônicos: a reforma psiquiátrica interrompida**

“Infelizmente ainda temos muito que avançar para construir a RAPS que os usuários merecem”.

[interlocutora 1]

“(...) Alguém ainda tem dúvida que se tem rede, não funciona?”

[interlocutora 2]

“A rede não dialoga, não funciona(...)  
a rede é capenga (...)

[interlocutora 1]

Os três fragmentos de diálogos acima foram extraídos de uma observação participante decorrente de uma ‘imersão espontânea’ (registro de vivências no campo) na rede de saúde mental de Salvador durante a produção da presente pesquisa. Era final de janeiro de 2020. Um grupo de cerca de 10 profissionais de saúde mental articulou uma ação de ‘intensificação de cuidados’ para acolhimento e acompanhamento de

Akanke<sup>188</sup>, uma senhora negra de aproximadamente cinquenta anos de idade, moradora de rua, com quadro clínico de transtorno mental, com sinais evidentes de violência física sofrida. Akanke habitava a rua daquele bairro de Salvador havia cerca de 20 anos. Tinha uma rede social limitada a algumas poucas pessoas do entorno que, em geral, ofereciam comida e eventualmente espaço para banho. Com alguma regularidade Akanke andava despida pelas ruas do bairro.

Ao longo de três meses, o grupo tentou mobilizar todos os dispositivos assistenciais comunitários possíveis na rede de saúde, na rede de proteção social, no sistema de garantias de direitos, no sistema de justiça. O bairro onde Akanke habitava tinha um CAPS para transtorno mental, recém requalificado e reinaugurado; mas nem isso garantiu o devido acolhimento.

Ao ser acionada, a equipe de Saúde da Família mostrou-se inicialmente refratária. Não havia equipe de Consultório de Rua cobrindo a região. O SAMU alegou ter poucos recursos/estrutura para socorro a esses casos. Um profissional do CAPS tentou fazer aproximação, mas na ocasião estava usando ‘jaleco’ e isso gerou medo em Akanke que manifestava ansiedade diante de pessoas de jaleco ou fardamento policial. Frente à complexidade da situação e do conjunto das condições de vulnerabilidades de Akanke, tentaram-se várias outras articulações com a Rede de cuidados na assistência social municipal, secretaria de justiça, órgãos do poder judiciário, Câmara de Vereadores, entre outros. A única inflexão do grupo de profissionais era que o hospital psiquiátrico não fosse apresentado como primeira alternativa assistencial diante da iminente possibilidade de Akanke ser transformada em mais uma moradora desses serviços. O nível central da gestão de saúde mental do município foi acionado várias vezes, assim como o CAPS de referência do bairro. Todas as demandas feitas pelo grupo de ‘intensificação de cuidado’ esbarraram na lentidão da burocracia pública, na insuficiência de recursos materiais e/ou logísticos, nas barreiras simbólicas cristalizadas nas diferentes instituições públicas, na desarticulação entre os pontos de atenção da rede, na rigidez e no excesso de protocolos para ação em situações atípicas, na recusa solene de socorro. Decorreram três meses de intenso sofrimento também para as participantes do grupo de cuidados. Frustração, ansiedade, desânimo, foram alguns dos sentimentos vivenciados e verbalmente manifestados. O grupo foi sendo esvaziado gradualmente diante dos reiterados obstáculos que se apresentavam. Um mês depois do

---

<sup>188</sup> Nome fictício, inspirado num nome próprio feminino da tradição Iorubá da Nigéria que significa: “encontrando-a, é para amá-la”.

início da ação, a chegada da pandemia reduziu a possibilidade de acolhimento nos serviços de saúde para situações como aquela, sobretudo por ser uma pessoa que estava em situação de rua. A rede informal de vizinhos juntamente com outros profissionais do ciclo de amizades das integrantes do grupo viabilizou parte do suporte que a rede formal não conseguiu oferecer. Nesses três meses, uma das participantes do grupo ‘visitou’ Akanke aproximadamente 20 vezes.

Depois de dezenas de insucesso nas tentativas de acionar a rede formal de saúde, por fim, comovido com a situação, um Agente Comunitário de Saúde (ACS) do entorno conseguiu estabelecer vinculação com Akanke e conseguiu levá-la para um Pronto Atendimento Psiquiátrico. Foram vários senões e negativas formais obstaculizando a estrutura logística oficial para a aproximação e para o transporte dela para os serviços de saúde. Ao final, o transporte de Akanke até o pronto atendimento foi realizado na motocicleta pessoal do ACS. Somente após muita insistência do grupo, conseguiu-se construir abertura para que ela passasse a ser acompanhada pela rede de saúde daquele momento em diante.

Pessoas com transtornos mentais vagando pelas ruas de Salvador era uma constante cena desde o período da monarquia, antes mesmo da fundação do Asilo São João de Deus, como registrado por Jacobina (2001). Essa constatação foi novamente retomada por Abnoel Leal de Souza em 1984 no livro “Bahia de Todos os Loucos” no qual fez um estudo em profundidade dos determinantes sociais da assistência em saúde mental em Salvador daquele momento, período de grande turbulência social e econômica decorrente do projeto macro da política econômica da ditadura militar brasileira. Contudo, os anos de rua vividos por Akanke se passaram num contexto social e político radicalmente diferente do período da monarquia, ou da ditadura militar brasileira. O SUS surgiu justamente no espírito de época em que um processo civilizatório internacional buscou consolidar políticas de proteção social baseadas na dignidade da pessoa humana e no bem-estar social.

Akanke estava naquela situação havia aproximadamente vinte anos, a mesma extensão de tempo da Lei 10.216. Em vinte anos a evolução da política de saúde mental em Salvador não conseguiu alcançar aquela pessoa. Com o passar dos anos, vários aspectos ‘fossilizados’ da política emergiram nessa situação em especial: a invisibilidade social; as múltiplas vulnerabilidades sociais adjetivas; a interseccionalidade das violências e opressões marcadas pelo gênero, pela raça e pela classe social; o estrangulamento da rede sócio-assistencial do município, etc. Essa é

uma crônica da cronicidade dos impasses sociais e assistenciais que acabaram por gerar barreiras assistenciais.

Como disse a interlocutora 1, “infelizmente ainda temos muito que avançar para construir a RAPS que os usuários merecem”. Essa observação traduz a complexidade da atenção em saúde mental em Salvador. Por um lado, está reconhecida a existência da RAPS, mas, ao mesmo tempo, reconhece-se também que a RAPS está inacabada, é insuficiente, está distante de oferecer o ‘merecido’ cuidado aos usuários do SUS. Em outro momento das longas reflexões entre as participantes do grupo de ação, a interlocutora 2 sintetiza de modo perspicaz: “se tem rede, não funciona”. Ou seja, não é somente ter os serviços, a questão central é o modo como funcionam os serviços que existem. Nessa situação em particular, havia um CAPS no próprio bairro, logo, não se tratava de um problema de cobertura, a questão era a baixa capacidade de acolhimento, justificada por diversas barreiras. Portanto, o impasse não era somente na ‘estrutura’, o impasse de maior monta acabou sendo o ‘processo’, na perspectiva teórica de Avedis Donabedian. Como consequência, o ‘resultado’ foi um acolhimento de baixa qualidade ou “capenga”, como disse a interlocutora 1.

O Plano Plurianual de Saúde Mental da SESAB, construído em 2003, reconhecia naquele momento a necessidade de uma ação mais enérgica para que a Reforma Psiquiátrica pudesse ser alavancada. Nesse sentido, numa espécie de análise de situação, o documento considerou que

a cidade de Salvador, com seus 2.440.828 habitantes (IBGE 2001) e dispondo apenas de 3 CAPS credenciados pelo SUS se distancia da grande maioria das cidades brasileiras, que vem organizando seus serviços a partir da atenção básica e oferta de serviços comunitários para transtornos mentais em geral, problemas mentais da infância e adolescência e de usuários de substâncias psicoativas. Tal situação exige uma agressiva política de reparar o atraso na implantação de uma rede de atenção à saúde mental no território, aproveitando o fato de o Estado da Bahia não apresentar grandes distorções na quantidade de leitos psiquiátricos, embora sejam excessivos para a cidade de Salvador que, por sua vez, apresenta uma rede irrisória de serviços comunitários (BAHIA, 2003, p. 1).

A “agressiva política de reparar o atraso na implantação da rede de atenção à saúde mental” não aconteceu. Salvador tem o pior indicador de cobertura de CAPS entre as cidades com mais de 200.000 habitantes na Bahia. Feira de Santana tem **0,89** CAPS por 100.000 habitantes e Vitória da Conquista tem 1,02 CAPS/100.000 habitantes; Salvador tem apenas **0,69**. É notório que esses três maiores municípios estão abaixo da média atual no Brasil; mas a situação de Salvador continua sendo a mais distante dessa média. Entre as cidades com mais de 100.000 habitantes na Bahia, a

diferença de Salvador fica ainda mais evidente. Como exemplo comparativo, Porto Seguro com 150.658 habitantes e 3 CAPS tem **1,99** serviços para cada 100.000 habitantes; Eunápolis com 114.396 habitantes tem 3 CAPS, computando **2,62** CAPS por 100.000 habitantes. Isso permite constatar que o cenário da Bahia é heterogêneo e que as maiores cidades, incluído Feira de Santana e Vitória da Conquista, carecem de incremento de CAPS para alcançar a média da Bahia e do Brasil.

Salvador tem também a menor cobertura de eSF entre todos os municípios baianos, ainda que tenha obtido um incremento de 43,77% comparando-se o indicador entre 2017 e 2020. Possivelmente essa condição decorre da força histórica do setor privado de saúde que em Salvador ocupa uma posição hegemônica mesmo depois da Reforma Sanitária. De acordo com o “Plano Municipal de Saúde 2018-2021”, em Salvador 85,53% dos serviços de saúde credenciados no CNES pertencem à iniciativa privada não vinculada ao SUS; os serviços municipais públicos correspondiam apenas a 8,20% do total em 2018 (SALVADOR, 2019, p. 101).

O ‘relógio do tempo’ da expansão dos serviços especializados da RAPS em Salvador parou em 2012, ano de implantação do último CAPS no município. No intervalo de quase uma década, a única mudança significativa que aconteceu foi a requalificação de um CAPS que migrou do tipo II para o tipo III. Sem novos SRT, tornou-se improvável a continuidade das ações de desinstitucionalização de internos de longa permanência. Desde o ano em que o município de Salvador interrompeu o incremento de CAPS, a Bahia implantou 75 novos CAPS, um crescimento de 39,68% desses serviços até dezembro de 2020; nesse mesmo intervalo de tempo, em âmbito nacional, foram habilitados 888 novos CAPS, um incremento de 46,79%. Mesmo em ritmo mais lento que o verificado na década anterior, a expansão desses serviços continuou acontecendo no país, mas Salvador permaneceu estagnada.

Como parte do ‘Plano de Desinstitucionalização’, em 30 de novembro de 2021, um grupo de 08 moradores do Hospital Juliano Moreira foi transferido para um SRT, mas esse serviço não está implantado em Salvador. Esse grupo foi transferido para um SRT de Itapetinga, região centro-oeste, município localizado a 576 quilômetros de distância de Salvador.

Para consolidação de informações dessa pesquisa, foi solicitado à Diretoria de Atenção Especializada da SESAB a apresentação dos protocolos ou acordos da Rede de Urgência e Emergência para o acolhimento em saúde mental pelas centrais de regulação do estado. De acordo com a resposta obtida, até dezembro de 2021, não havia nenhuma

orientação normativa entre gestão estadual e municipal, mesmo que o TAC de 2005 tenha apontado a necessidade de organizar esse arranjo. Passados 15 anos daquela tentativa de “ajuste de conduta”, a atenção às urgências pelo SAMU continua sendo um impasse em Salvador.

A UPA do bairro Valéria e a UPA do bairro Santo Antônio possuem plantão de psiquiatria; contudo, os hospitais psiquiátricos de Salvador continuam tendo “porta aberta” sem regulação pela rede municipal, sem definição de fluxo com o SAMU, sem definição de competências com o Pronto Atendimento Psiquiátrico e as duas UPA’s de referência para urgências psiquiátricas no município.

Nos últimos nove anos, houve poucos registros de procedimentos de “matriciamento” dos pontos de atenção da RUE. Esse procedimento poderia ser uma ferramenta de qualificação e fortalecimento do acolhimento pelo SAMU e demais pontos de atenção desse componente da RAPS. Os dados registrados no CNES podem estar subnotificados, mas efetivamente não há normatização desse procedimento, como informou a Diretoria de Atenção Especializada da SESAB em dezembro de 2021. A média anual foi de apenas 53,5 procedimentos nesse intervalo de tempo, com mínimo e máximo totalmente destoantes, como pode ser visto na tabela abaixo.

**Tabela 42** - Série histórica do matriciamento para a RUE em Salvador

Procedimento	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Matric. de Eq. dos Pontos de Atenção da RUE, e dos Serv. Hosp.	5	20	72	30	45	61	46	149	428

Fonte: CNES (2021)<sup>189</sup>

A articulação do componente ‘*atenção básica*’ na RAPS em Salvador tem sido historicamente tímida. Este componente é a base da reorientação da atenção em saúde em sentido amplo. Tornou-se uma condição estratégica para a desinstitucionalização uma vez que “a atenção básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental (BRASIL, 2014, p. 19). Esse componente da RAPS possui o maior grau de descentralização e capilaridade por estar próximo ao cotidiano das pessoas.

<sup>189</sup> Produção Ambulatorial do SUS - Bahia - por local de atendimento. Qtd. aprovada por Procedimento e Ano processamento. Município: 292740 Salvador. Procedimento: 0301080399 Matriciamento de Equipes dos Pontos de Atenção da Urgência e Emergência, e dos Serviços Hospitalares. Período: dez/2008-dez/2020. Acessado em 10/10/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qaBA.def>

Deveria ser considerado preferencial na rede de cuidados e na integralização da atenção em saúde.

Vários levantamentos apontam a fragilidade da relação entre a atenção básica e a saúde mental em Salvador, situação que também tem se cronicado. Em estudo realizado entre 2013 e 2014, Amaral *et al.* (2018, p. 805) constataram que os ACS do Distrito Sanitário da Liberdade não sabiam da existência do CAPS II e CAPS IA que existiam naquele território. Esse distrito teve uma forte tradição manicomial uma vez que nessa região da cidade funcionaram quatro hospitais psiquiátricos, três dos quais fechados entre 2003 e 2006. O CAPS IA foi habilitado em 2005 e o CAPS II Liberdade foi habilitado em 2009, mas ambos começaram a funcionar um ano antes da habilitação. Passados oito anos da implantação do primeiro desses serviços, até 2013 os CAPS continuavam desconhecidos por muitos dos trabalhadores da saúde da região.

Figueira e Soares (2018, p. 162) realizaram um estudo no Distrito Sanitário de Itapoã e também identificaram reiterados problemas tais como: sub-notificação dos procedimentos em saúde mental realizados na ficha RAAS; insuficiência de qualificação para profissionais da RAPS; fragilidade na integração dos pontos de atenção da RAPS; reduzida oferta de serviços da RAPS conforme os parâmetros do Ministério da Saúde; insuficiência de ações de prevenção de agravos relacionados com a saúde mental, dirigidas para população em geral, entre outros. Em outro estudo sobre a saúde mental num dos Distritos Sanitários de Salvador, Medrado *et al.* (2018, p. 63) apresentam evidências que confirmam a fragilidade da articulação entre saúde mental e atenção básica em Salvador: “falta de ações de matriciamento; recursos comunitários precarizados e vasta extensão do território [...]; precariedade da RAPS, que não apresenta todos os dispositivos; os resquícios do antigo modelo de cuidado em saúde mental”.

Dos 12 Distritos Sanitários (DS) de Salvador, apenas quatro possuem a estratégia de gestão denominada de ‘Grupo de Trabalho da RAPS distrital’ que é um “meio para diálogo entre os atores locais e construção pactuada de fluxos assistenciais para melhor garantir acesso e continuidade do cuidado” (SALVADOR, 2018, p. 59). Apenas 33% dos DS municipais do município estão contemplados com esse recurso gerencial. Em 2021 havia GT RAPS ativo nos distritos de Brotas, Itapuã, Cabula/Beiru e São Caetano/Valéria, este último com foco nas demandas infanto-juvenis. A SMS de Salvador reconhece que “a ausência dessa função nos demais DS é uma das dificuldades encontradas na ampliação das ações propostas, visto que o quadro de RH disponível

compõe prioritariamente as equipes nas ações assistenciais” (idem, ibidem). Com esse dispositivo de apoio institucional instituído pelo matriciamento, busca-se prioritariamente fortalecer a interlocução na RAPS, promovendo a articulação do cuidado em rede do ponto de vista técnico-pedagógico e assistencial” (idem, ibidem). O ‘matriciamento’ em Salvador surgiu de modo tardio e dependente da expertise ocasional de um ou outro CAPS (NASCIMENTO, 2019, p. 203), ou seja, é incipiente e vinculado a iniciativas isoladas de alguns serviços ou de um determinado DS.

O dimensionamento do matriciamento nas várias edições da Programação Anual de Saúde em Salvador (PAS) ocorre de modo tímido, aquém de alcançar toda a atenção básica do município. No PAS de 2018 havia previsão de 50 procedimentos; em 2019 e 2020 a previsão era de 150 procedimentos por ano. De acordo com os dados do CNES, entre 2013 e 2020, foram registrados apenas 789 procedimentos de matriciamento, uma média de 98,62 procedimentos ao ano. Em 2020 foram realizadas 325 atividades, a maior quantidade dessa série histórica; mas, em Salvador havia 335 eSF e 91 equipes equivalentes atuando na atenção básica em 2020. Nesse ano a rede especializada realizou cerca de 0,76 matriciamento por equipe da saúde da atenção básica, ou seja, menos de 1 procedimento/ano por equipe.

Novamente tem-se uma iniciativa de baixo alcance, o que reforça a constatação de que a Reforma Psiquiátrica em Salvador continua com importante dificuldade de reorientar o modelo assistencial. A tabela abaixo apresenta os dados referentes ao matriciamento especificamente realizado pelos CAPS destinado às equipes da atenção básica entre os anos de 2013 e 2020.

**Tabela 43** - Série histórica do matriciamento para a Atenção Básica em Salvador

Procedimento	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Matriciamento de Equipes da Atenção Básica	24	46	21	54	72	56	200	325	789

Fonte: CNES (2021)<sup>190</sup>

Os movimentos sociais antimanicomiais, como a AMEA, atuaram no controle social com participação regular no Conselho Municipal de Saúde de Salvador. Do mesmo modo, anualmente a Câmara de Vereadores fez audiências e sessões especiais para debater o tema. Em dezembro de 2020, vários grupos e coletivos soteropolitanos

<sup>190</sup> Produção Ambulatorial do SUS - Bahia - por local de atendimento. Qtd. aprovada por Procedimento e Ano processamento. Município: 292740 Salvador. Procedimento: 0301080305 Matriciamento de Equipes da Atenção Básica. Período: dez/2008-dez/2020. Acessado em 10/10/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qaBA.def>

encaminharam uma carta à SMS com o título “Por uma política de saúde mental comprometida com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com o SUS”. Nesse texto, as instituições afirmam que

um olhar atual nos mostra que a cidade de Salvador tem uma rede de serviços de saúde mental insuficiente em quantidade e qualidade, com lacunas e precarizações, com equipes de trabalho desfalçadas, estrutura física e material inadequada, baixa cobertura e ausência de uma formação permanente voltada para o novo modelo, que acaba por reproduzir a lógica manicomial (AMEA, *et al.* 2020).

Nesse documento, os movimentos sociais listaram dezesseis problemas imediatos e cobraram solução. Em resposta ao documento, a gestão da SMS assumiu o compromisso de solucionar as demandas apresentadas assim como elaborar a ‘política municipal de saúde mental’ e um ‘plano municipal de saúde mental’.

Além dos grupos que representam a pauta antimanicomial, a hegemonia do campo da assistência em saúde mental em Salvador é também disputada por grupos que se opõem ao fechamento dos hospitais psiquiátricos. Esses grupos não manifestam compromisso com a otimização dos serviços especializados da RAPS. Em agosto de 2017, a Câmara de Vereadores de Salvador instituiu uma frente parlamentar com o título aparentemente neutro de “Frente da Saúde Mental e Prevenção ao Suicídio”<sup>191</sup>. Com apoio do CREMEB, APB e da Associação de Apoio a Familiares e Amigos de Pessoas com Transtorno Mental (AFATOM), a “Frente” tem por meta a defesa da continuidade dos hospitais psiquiátricos. Durante a elaboração e aprovação do ‘Plano de Desinstitucionalização da Bahia’, entre 2017 e 2018, essa “Frente Parlamentar”, juntamente com a APB e AFATOM, produziram várias atividades de mobilização da opinião pública<sup>192</sup>. Tais instituições “se posicionaram contra o fechamento dos hospitais, usando como justificativa o risco de desassistência e a defesa do lugar do hospital psiquiátrico na rede de assistência em saúde mental” (NUNES, *et al.*, 2019, p.

---

<sup>191</sup> **Ver:** “Câmara instala Frente da Saúde Mental e Prevenção ao Suicídio”. Notícia de 29/08/2017. Acessada em 14/12/2021. Disponível em: <https://www.cms.ba.gov.br/noticias/camara-instala-frente-da-saude-mental-e-prevencao-ao-suicidio>

<sup>192</sup> **Ver:** “Fechamento de hospitais psiquiátricos é visto como 'criminoso' pela comunidade e médicos”. Notícia de 30/08/2019. Acessado em 14/12/2021. Disponível em: <https://www.bahianoticias.com.br/saude/noticia/23115-fechamento-de-hospitais-psiQUIIATRICOS-e-visto-como-criminoso-pela-comunidade-e-medicos.html>

4495). Há uma força conservadora, refratária a mudanças que impliquem em superação da função do hospital psiquiátrico<sup>193</sup>.

Em Salvador, não há legislação própria nem documento orientador da política municipal de saúde mental. Todos os grandes temas da política municipal de saúde mental aparecem apenas genericamente na composição dos instrumentos de gestão como o ‘Plano Municipal de Saúde’ ou na ‘Programação Anual de Saúde’. Os temas da saúde mental podem estar agrupados com os temas da saúde em geral, mas é crucial que haja um plano específico para facilitar a implementação da reorientação do modelo assistencial. A WHO (2009, p. 04) considera que

questões de saúde mental devem ser incorporadas às políticas e planos gerais de saúde, e políticas e planos de saúde mental suplementar também devem ser desenvolvidos para fornecer detalhes necessários para a implementação. As políticas e planos em si podem ser apenas pedaços de papel ou, alternativamente, podem ser impulsionadores altamente eficazes e eficientes da melhoria da saúde mental em uma região ou país. Ações específicas são necessárias para facilitar sua implementação efetiva. As políticas e planos devem ser monitorados cuidadosamente e avaliados para determinar se estão criando os resultados desejados.

Considerando a complexidade da reorientação do modelo assistencial em saúde mental, seria necessário ter documentos balizadores que pudessem abordar e orientar as soluções específicas da micropolítica do campo. Os ‘nós críticos’ da política de saúde mental têm características particulares que demandam e justificam a existência de um planejamento próprio. Ter uma política específica não significa isolar o tema do debate geral. É fundamental que um ‘Plano’ específico defina os valores adotados, os mecanismos de coordenação, a caracterização dos serviços, a dinâmica dos fluxos assistenciais, os indicadores, a formação e a gestão de pessoas, as estratégias de articulação intra e intersetoriais, entre outros.

Como qualquer outro ‘sistema’, o microssistema da RAPS é constituído por um conjunto de componentes interconectados que devem funcionar de modo coordenado para serem eficazes. Entretanto, a inexistência de um dispositivo orientador compromete o sistema como um todo. Em geral, a inexistência de instrumentos de gestão específicos resulta em ineficiência, lacunas nos serviços, desarticulação entre os pontos de atenção, ou seja, a política de saúde acaba sendo comprometida.

---

<sup>193</sup> **Ver:** “Frente Parlamentar da Saúde Mental visita Hospital Mário Leal”. Notícia de 01/09/2017. Acessado em 14/12/2021. Disponível em: <http://www.cms.ba.gov.br/noticias/frente-parlamentar-da-saude-mental-visita-hospital-mario-leal>

Para a WHO (idem, ibidem), o passo fundamental para estruturar o cuidado em saúde mental é a

formulação de uma política e um plano que orientará o desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde mental. Uma política de saúde mental é uma declaração oficial de um governo ou autoridade de saúde que fornece a direção geral para a saúde mental, definindo a visão, valores, princípios e objetivos, e estabelece um modelo amplo de ação para alcançar essa visão. Para ser eficaz, uma política deve ser acompanhada por um plano de ação mais detalhado e específico a ser implementado de forma sistemática e bem coordenada.

Para Champagne *et al.* (2011a, p. 46), o ‘ambiente’ ou contexto de uma intervenção/implantação tem uma dimensão organizacional que correspondente às regras administrativas, leis e regulamentações, as regras que definem o modo como o jogo pode ser realizado. Como disse Matus (1996), o *triângulo de governo* pressupõe a existência de um plano de ação ou plano de governo que é um dos componentes determinantes para operacionalização de uma política. É o cálculo técnico-político no qual o governo, enquanto principal ator, apresenta o conteúdo propositivo dos projetos de ação que propõe seguir para alcançar seus objetivos. Trata-se de dizer explicitamente como pretende jogar o jogo. O plano deve conter as propostas de ação, o escopo, os recursos e os caminhos a serem percorridos.

A inexistência de uma política, ou mesmo de um ‘plano’ de saúde mental específico para Salvador diminui radicalmente a *capacidade de governo* e praticamente anula a *governabilidade* da RAPS. Os ‘componentes’ da RAPS têm funcionado com frágil sincronia, como demonstrado no caso de Ananke apresentado acima. A atenção básica, a rede especializada, a Rede de Urgência e Emergência e a atenção hospitalar têm funcionado de modo independentes, de acordo com relatos obtidos nas observações de campo e nas entrevistas individuais desse estudo. Logo, as dificuldades enfrentadas em Salvador não se resumem apenas ao fenômeno da baixa cobertura assistencial. A ausência de uma política municipal de saúde mental produz como efeito a baixa capacidade de indução da reorientação do modelo assistencial por parte da SMS de Salvador, comprometendo em definitivo a imagem-objetivo do ‘Modelo Lógico da Política de Saúde Mental’ tanto da dimensão *político-gerencial* quanto da dimensão *técnico-assistencial* (cuidado em rede, cuidado integral, desinstitucionalização, etc.)

Os ‘problemas de saúde’ no campo da política de saúde mental de Salvador são conhecidos há muito tempo. O Plano Municipal de Saúde de 2010-2013 (SALVADOR, 2010, p. 57) reconheceu a “ineficiência do modelo de atenção vigente que não

contempla a integralidade do cuidado e acolhimento do usuário”. Além disso, reconheceu também a significativa “fragilidade da capacidade de gestão (planejamento, avaliação, articulação, integração e comunicação); inexistência de formulação de políticas locais” (idem, p. 58). Em especial, o Plano constatou a “falta de implementação de políticas públicas (de) saúde mental” (idem, ibidem). Como ação, o Plano apontou a necessidade de “Organização da rede de serviços de saúde mental articulada (PSF, UBS, Unidade de Emergência, RT’s e CAPS), de acordo com uma política específica municipal, e com definição de atribuições de cada unidade”<sup>194</sup>. O texto reduziu a concepção de “organização da rede de serviços”, limitando-a à projeção de implantação de 15 SRT e 7 novos CAPS. Nem um desses dois objetivos foi integralmente alcançado naquele intervalo de tempo previsto. A criação de uma “política específica municipal” tornou-se letra morta naquele ciclo de gestão.

O Plano Municipal de Saúde para o período 2014-2017 também constatou a existência de “[...] lacunas e desafios a serem enfrentados na operacionalização da RAPS conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Mental” (SALVADOR, 2014, p. 70). Além disso, esse documento reconheceu a “insuficiência de rede especializada de referência para saúde mental; despreparo técnico dos profissionais de saúde da UPA, CEO e UBS para atendimento aos usuários portadores de transtornos mentais” (idem, p. 91), bem como a “deficiência na oferta de serviços voltados para a prevenção das drogas [...], dificuldade no acolhimento do paciente com transtorno mental leve pela atenção básica; ausência de articulação entre o NASF, a ESF e demais serviços de saúde” (idem, p. 92). Diante da complexidade dos problemas identificados bem como das especificidades do campo da saúde mental, o Plano apresentou a meta de ampliação “de 69% para 80% a cobertura dos serviços de Atenção Psicossocial voltados para os usuários de crack, álcool e outras drogas”; as ações sugeridas são apenas duas: “implementação da Rede de Atenção Psicossocial no município de Salvador; implantação de colegiado de gestão para definição de questões de saúde mental” (idem, p. 103). Para essas ações, o Plano não previu indicadores específicos de número de serviços ou de orçamento. Não há nenhuma indicação sobre a educação permanente em saúde mental, mudança de perfil de serviços, integralização da atenção em saúde mental, articulações intra ou intersetoriais, etc. Outra vez a política de saúde mental foi abordada de modo genérico e destituída de parâmetros objetivos.

---

<sup>194</sup> Linha de ação 20: Atenção às Especialidades de Saúde. Objetivo específico: Consolidar a rede de Atenção especializada do município.

O Plano Municipal de Saúde de Salvador para 2018-2021 tem o mais robusto diagnóstico situacional quando comparado com os Planos anteriores. Nele foi feita uma análise de situação de saúde em cada um dos doze distritos sanitários. Com detalhamento a gestão tomou conhecimento das potencialidades e das fragilidades locais. O volume I apresentou dez páginas sobre a política de saúde mental com ênfase na descrição sobre a história dos serviços de saúde mental, as intenções da política nacional de saúde mental, a produção de alguns serviços, etc. O volume II apresentou o detalhamento da situação dos distritos sanitários. Nessa parte foi elencado um conjunto de “Problemas dos Serviços de Saúde” (SALVADOR, 2019, p. 102), inclusive os problemas da política de saúde mental. Nesse levantamento os seguintes aspectos foram destacados:

dificuldade de articulação entre a saúde mental e o SUAS, em especial, nas situações de abrigamento de pessoas em situação de rua e questões de saúde mental”, “diagnósticos tardios de situações de risco e vulnerabilidades e/ou de pessoas com deficiência e transtornos mentais” e “território com poucos recursos para os atendimentos de casos moderados de saúde mental do território”, “fragilidade na gestão dos mecanismos de conexão dos pontos de atenção da RAPS”, “fragilidade de articulação da RAPS com todas as políticas públicas de saúde no DS nos últimos cinco anos”. As ações de Apoio Matricial dos CAPS, estratégia para articulação da rede de cuidados em Saúde Mental, foram consideradas também insuficientes, quer pela dificuldade da articulação entre os serviços especializados e as equipes da Atenção Básica, quer pela inexistência do matriciamento em Saúde Mental em alguns Distritos “insuficiência de articulação CAPS x USF (matriciamento)”, “ausência de matriciamento em saúde mental junto aos demais pontos de atenção na rede de serviços do distrito”; [...] “limitações, fragilidades e dificuldades no funcionamento do CAPS AD” –, além da identificação de problemas de “subregistro dos procedimentos realizados em Saúde Mental na ficha do RAAS” e “ausência de programas de inserção e qualificação profissional para pessoas com transtorno de saúde mental”. (idem, 2019, p. 106)

A força do diagnóstico contido nesse Plano foi inversamente proporcional à sua capacidade propositiva. Mesmo com o grande volume de problemas identificados, o ‘módulo operacional’ -onde constam os objetivos, as metas e as ações a serem executadas- apresentou uma única ação referente a saúde mental, qual seja: “implementação da Rede de Atenção Psicossocial no município de Salvador com ênfase na reorganização dos serviços” (idem, p. 204). Novamente para os “problemas” específicos da política de saúde mental foi apresentada uma saída genérica. A capacidade propositiva desse Plano não ataca os grandes problemas identificados na análise da situação de saúde registrada no próprio documento. A imagem-objetivo de um planejamento é eficaz quando responde aos problemas identificados no presente e aos que existirão no futuro ou no horizonte onde se situa a imagem-objetivo. Um plano

torna-se normativamente eficaz quando objetivamente identifica “a adequação das soluções propostas ao enfrentamento dos problemas” (MATUS 1989, p. 193); o plano deve ser coerente, atestado de que as ações sugeridas produzem efeito sobre a solução perseguida; o plano deve ser potente, considerando que o impacto deve ser suficiente para alcançar a solução do problema identificado; o plano deve ter consistência temporal, pressupondo que os resultados ou soluções previstas devem estar calculadas para um horizonte de tempo politicamente pertinente (idem, ibidem). Diante dessas pistas apresentadas por Matus, constata-se que o Plano Municipal de Saúde de Salvador do período citado não conseguiu responder nem mesmo aos principais problemas da política de saúde mental identificados no momento da sua formulação.

Os três Planos (2010-2013; 2014-2017 e 2018-2021) não indicam ampliação do número de CAPS, UA, leitos em hospital geral. O módulo operacional do Planejamento Anual de 2019 previu para aquele ano “3 CAPS implantados (Distrito Sanitário Boca do Rio, Pau da Lima e Subúrbio Ferroviário)” (SALVADOR, 2018, p. 16). Na prática, tratava-se da requalificação de CAPS tipo II para o tipo III, numa ação conjunta com a SESAB. Dos três serviços previstos para essa mudança, apenas o CAPS do Distrito Sanitário Boca do Rio foi requalificado em 2019 e nenhuma nova requalificação do perfil dos demais serviços aconteceu entre 2019 e 2020.

Os documentos da gestão dos últimos dez anos (Plano de Saúde e Planejamento Anual de Saúde) são omissos também em relação aos ‘componentes’ *estratégia de desinstitucionalização e estratégia de reabilitação psicossocial*, conforme consta na Portaria GM nº 3.088/2011. Não há previsão de ampliação de SRT, embora continue havendo moradores no Hospital Juliano Moreira; do mesmo modo, não há previsão de aumento do número de beneficiários do “Programa de Volta para Casa”. No tocante ao ‘componente’ *estratégia de reabilitação*, não há compromisso formalizado com a disponibilização de ações relacionadas a geração de renda, cooperativismo ou economia solidária em saúde mental. As ações de economia solidária no campo da saúde mental são uma das fragilidades da política nacional de saúde mental; mas, há experiências bem-sucedidas em vários municípios brasileiros. Em Salvador a rede municipal de saúde mental não agencia experiências desse tipo.

Em 2014 um surgiu uma iniciativa vinculada ao Instituto de Saúde Coletiva/UFBA numa parceria com a Secretaria do Trabalho, Emprego, Renda e Esporte do Governo do Estado da Bahia. Trata-se da “Rede Gerar de Economia Solidária em Saúde Mental”. Por meio de empreendimentos solidários e geração de

renda, a Rede Gerar objetiva a inclusão social e a promoção da saúde de usuários da RAPS de Salvador. Em 2018 a Rede Gerar passou a funcionar num prédio próprio e atualmente funciona também como um espaço de convivência para usuários, movimentos sociais e profissionais da RAPS.

Efetivamente, a desinstitucionalização na Bahia depende da capacidade propositiva da gestão de saúde de Salvador pelo fato de ser o município com a maior disponibilidade de leitos psiquiátricos do estado. Logo, essa é uma agenda necessariamente bipartite. O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 foi construído quando a SESAB já havia aprovado o “Plano de Desinstitucionalização da Bahia”, inclusive com a participação de representantes da SMS na composição da CIPAD em 2017. No Plano Municipal de Saúde “Plano de Desinstitucionalização” da Bahia; em âmbito municipal, não há nenhuma ação ou compromisso formal vinculado às diretrizes contidas no documento construído pela CIPAD e aprovado pela CIB em 2018. Isso indica um desalinhamento entre as instâncias de gestão, o que tende a conservar os impasses no modelo assistencial.

Salvador continua sediando 2 hospitais psiquiátricos, incluindo o Hospital Juliano Moreira o mais antigo do estado. Esses dois serviços são administrados pela SESAB e atendem pessoas oriundas das diferentes regiões do estado. Não há protocolos de fluxos assistenciais pactuados entre Salvador e os municípios da macrorregião leste. Os hospitais psiquiátricos não seguem a lógica da regulação em saúde e podem ser acionados por qualquer pessoa a qualquer momento. Esse modo de funcionamento atenta contra o art. 4º da Lei Federal 10.216 que determina que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. No município só existem quatro serviços com maior potencial para regular o fluxo assistencial para os hospitais psiquiátricos, sendo 1 CAPS III, 1 Pronto Atendimento Psiquiátrico e 2 UPAs com plantão psiquiátrico. O Pronto Atendimento Psiquiátrico possui 6 leitos para internamentos de curta duração. Em tese, esse serviço não consta na legislação nacional como ponto de atenção da RAPS.

Um agravante em relação aos hospitais psiquiátricos em Salvador é o fato de que ambos continuam disponibilizando serviços ambulatoriais. Além da porta para os leitos manter-se constantemente aberta, esses hospitais mantêm intensa capacidade de produção ambulatorial. Isso repercute na assistência e na representação social dessas instituições. A ACP movida pelo MPE/MPU/DPU utilizou uma série histórica com dados da produção ambulatorial dos hospitais para atestar a “importância dos serviços

prestados por essas unidades” (BAHIA, 2017, p. 7), mesmo que a continuidade de ambulatorios em hospitais psiquiátricos seja a conservação de um anacronismo. Esses dois hospitais psiquiátricos e seus respectivos ambulatorios absorvem 8,26% da força de trabalho da psiquiatria na Bahia. Em dezembro de 2021 o CNES registrava o cadastro de 520 psiquiatras em atividade no estado da Bahia. O Hospital Especializado Mário Leal tem 5 psiquiatras e o Hospital Juliano Moreira tem 38 psiquiatras. A carga horária geral dos psiquiatras vinculados ao Hospital Especializado Mário Leal computa 68 horas semanais, sendo 46 horas para o ambulatório e 22 horas destinadas aos 30 leitos desse hospital. No caso do Hospital Juliano Moreira, a soma das horas de trabalho dos psiquiatras equivale a 1.084 (mil e oitenta e quatro) horas semanais, das quais 500 horas estão vinculadas ao ambulatório e as outras 584 horas estão destinadas aos 178 leitos existentes nesse hospital. Há também outros 17 residentes médicos e três clínicos que acumulam 412 e 42 horas, respectivamente. Esses dois hospitais psiquiátricos são os serviços públicos que mais retêm mão de obra e tempo de trabalho dos psiquiatras de Salvador.

A ausência de psiquiatras nos CAPS de Salvador foi um dos problemas recorrentes identificados no Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (SALVADOR, 2019, p. 29 e 60). Diante da carência desses profissionais na RAPS, alguns CAPS adotam uma ‘solução’ paliativa, realizando encaminhamentos para o Pronto Atendimento Psiquiátrico que passou a oferecer serviços ambulatoriais, mesmo não sendo sua atividade finalística na rede de saúde do município.

Diante de todos esses impasses e lacunas, a RAPS local se constitui como um conjunto fragmentado de, ao menos, quatro subsistemas (atenção básica, atenção especializada, urgência e emergência, atenção hospitalar) que apresentam respostas e soluções improvisadas e provisórias. Em recente estudo sobre a implantação da RAPS em Salvador, Valério (2021, p. 05) constatou que a RAPS teve um

grau de implantação intermediário distante de alcançar a atenção integral aos usuários devido ao contexto de implantação, principalmente relacionado à estrutura macro organizacional insuficiente, comunicação fragmentada com distanciamento entre os atores, aliada a poucas ações de formação e educação permanente para os profissionais.

A expansão dos serviços especializados da RAPS de Salvador foi um processo interrompido ainda na primeira década da reorientação do modelo. O balanço dessa RAPS apresenta um cenário onde, por um lado, a rede de serviços comunitários não conseguiu se expandir e se articular de modo satisfatório e, por outro lado, não rompeu

com o hospital psiquiátrico. Essa seria a via de mão dupla de um efetivo processo de Reforma Psiquiátrica. Como disse Basaglia (2005, p. 154), “se o manicômio continua a servir como local de descarga dos doentes, transtornados, o resto é mistificação”.

O hospital psiquiátrico não foi tornado uma ‘instituição negada’, na perspectiva de Basaglia, e pouco se consegue fazer no sentido da ‘instituição inventada’ como pensada por Rotelli. O modelo assistencial em Salvador conserva as características de um sistema híbrido ou misto, ou seja, um complexo de serviços paralelos. Assim, parafraseando Saraceno (2020, p. 30), se configura como um “modelo de *balanced care* ou seja, um pouco de hospital psiquiátrico e um pouco de saúde mental comunitária, para não incomodar ninguém”. Em Salvador a ‘rede substitutiva’ não conseguiu representar a antítese ao hospital psiquiátrico.

Os impasses do modelo assistencial em Salvador não decorrem de uma crise circunstancial como a contrarreforma iniciada em 2016. Nesse município a insuficiência e os entraves assistenciais eram crônicos desde os primórdios da mudança do modelo. Não é uma contingência ocasional; são o resultado do modelo assistencial concebido em âmbito local. Esse modelo conserva algumas ambiguidades políticas e impasses tais como: o conflito entre o público e o privado na atenção em saúde; a ambivalência entre o modelo comunitário e o modelo hospitalocêntrico; os conflitos de interesse entre a gestão estadual e a gestão municipal.

As causas determinantes das dificuldades e dos erros da Reforma Psiquiátrica mundo a fora já foram abundantemente registradas por Desviat (1999, p. 75), há mais de duas décadas atrás. Algumas dessas causas foram: a desarticulação entre saúde e assistência social; a impotência da gestão dos recursos; a carência dos recursos e serviços assistenciais; a falta de planejamento; a ausência de mudança nas crenças e valores; o pouco investimento na formação para o novo modelo assistencial. Cerca de vinte anos após, novamente Desviat (2018, p 187) fez densa análise sobre a “reforma inacabada”, reconhecendo que o destino da reforma psiquiátrica foi atravessado por fatores comprometedores como o conservadorismo político e econômico; o recrudescimento das *doxas* constitutivas do discurso dos especialistas; a crise na assimilação dos valores das políticas de bem-estar social, etc.

Rotelli (2014) também alertou para o risco do ‘reformismo’ na psiquiatria, ou seja, movimentos de mudança sem ruptura com o modelo hegemônico. Como efeito, historicamente o reformismo gerou uma espécie de modernização conservadora também vista em Salvador.

Com base na ideia-força gramsciana da ‘revolução passiva’, que corresponde a uma ‘revolução sem revolução’, o novo modelo assistencial em saúde mental constituído em Salvador é o efeito de uma espécie de ‘reforma sem reforma’, ou uma reforma de baixo impacto. Uma reforma que não conseguiu oferecer as condições objetivas para a superação do velho modelo e que tem dificuldade de contestar no plano prático a condição manicomial, como pretendido por Basaglia (1985, p. 10).

De acordo com Nunes *et al.* (2019, p. 4496) “as RP se colocam como processos passíveis de avanços e recuos, o que reitera seu aspecto dinâmico já percebido em experiências internacionais”. Evidentemente houve significativos avanços na implantação de uma rede comunitária de saúde mental em Salvador, mas não em dimensão suficiente para garantir acesso a toda população. É evidente também que não houve superação do modelo hospitalocêntrico. Tais constatações não devem corroborar com o descrédito da Reforma Psiquiátrica; pelo contrário, elas podem guiar novos rumos. Com base em Basaglia (1985, p. 10) é preciso fazer uma análise da “situação que busca superação efetiva, saindo do seu campo específico e tentando agir sobre as contradições sociais”. Portanto, o processo da transformação pressupõe a identificação das contradições e a consecutiva ação sobre elas.

## **9 - Análise processual da implantação da política de saúde mental a partir dos instrumentos da gestão estadual de saúde da Bahia**

Essa pesquisa teve como unidade de análise a política de saúde mental em âmbito estadual, ou mais precisamente, as intervenções que objetivaram produzir mudanças no modelo assistencial em saúde mental. A *implantação* de uma política diz respeito ao “esforço, os conhecimentos e os recursos empregados para traduzir as decisões políticas em ação” (Howllet, Ramesh e Perl, 2013, p. 179); ou seja, o modo como se coloca em prática a decisão política.

O presente estudo adotou como prisma a análise do modelo político, pressupondo que a forma de organização do Estado (aspectos estruturais, simbólicos, jurídicos, etc.) tem impacto na “capacidade política do Estado e no modo como os Estados produzem e implementam políticas e seus *outcomes*” (idem, p. 67). Fez-se uma análise do contexto da implantação da política de saúde mental no intuito de compreender os resultados da mudança do modelo assistencial na Bahia. Considerou-se que o jogo, a atuação e o suporte dado pelo ator institucional condutor da implantação da política são determinantes para o seu resultado. A eficácia de uma intervenção/implantação de uma política depende de três características contidas ao longo do processo da própria intervenção, quais sejam: 1) da característica do suporte que os agentes da implantação proporcionam para a operacionalização da intervenção; 2) do suficiente controle organizacional dos procedimentos operacionais da intervenção por parte dos agentes da implantação; 3) da capacidade de articulação entre a operacionalização da intervenção e os objetivos a ela adjuntos. Nesse sentido, considerando a dimensão organizacional do processo da implantação, buscou-se caracterizar o suporte que a SESAB ofereceu, enquanto agente indutor da implantação dessa política, para a operacionalização da intervenção com vistas à mudança do modelo assistencial; considerando ainda a articulação entre a operacionalização da reorientação do modelo assistencial e o alcance dos objetivos a ela associados. A dimensão organizacional do contexto de uma intervenção correspondente às regras administrativas, leis e regulamentações, as regras que definem o modo como o jogo pode ser realizado. Essa dimensão é absolutamente relevante para o desfecho de uma política pública.

A partir da Norma Operacional Básica 96 (NOB 96), as gestões estaduais de saúde passaram a ter um papel estratégico na organização do SUS. A NOB 96 (BRASIL, 1997, p. 10) estabeleceu quatro papéis básicos para esse nível de gestão:

- 1) Exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual.
- 2) Promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral;
- 3) Assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade;
- 4) Ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS Estadual.

A gestão estadual ocupa uma posição intermediária entre os outros dois níveis de gestão do SUS, sendo, portanto, fundamental para a articulação das políticas nacionais e sua operacionalização em cada uma das unidades federativas do país. Seguindo o que pressupõe a NOB 96, mesmo que não se tenha como finalidade a prestação direta de serviço, é preciso que cada parte assuma “seus respectivos papéis de gestores do SUS” (idem, p. 7).

Simon e Baptista (2011, p. 2.234) fizeram um levantamento sobre o papel das gestões estaduais na política de saúde mental no Brasil até 2009. Essas autoras afirmam que “são escassos os estudos que evidenciam o que tem sido o esforço do ente estadual na construção da política de saúde mental”. Verificou-se que há grande heterogeneidade na forma como os estados atuam; contudo, identificou-se o predomínio de seis macrofunções: 1) formulação de políticas e planejamento; 2) coordenação federativa, 3) coordenação da atenção; 4) financiamento; 5) monitoramento e acompanhamento; 6) prestação de serviços.

Uma característica muito peculiar da política de saúde mental na Bahia é a inexistência de uma instância de coordenação específica. A partir das alterações na estrutura organizacional da SESAB, decorrentes da Lei Estadual nº 11.055 de 2008, a política de saúde mental em âmbito estadual é executada por uma área técnica integrante de uma coordenação de políticas transversais, que abrange também várias outras áreas da política de saúde. Não existe formalmente uma instância executiva específica para a saúde mental, embora o ‘Plano de Desinstitucionalização da Bahia’, aprovado em 2018, tenha definido como uma das metas a reconstituição de uma coordenação estadual. Somado a isso, a Bahia não possui um documento executivo integralizador que estabeleça as linhas da política de saúde mental para o estado.

Os dados apresentados a seguir foram extraídos dos instrumentos de gestão do intervalo entre 2008 e 2021. A documentação completa dos três principais instrumentos de gestão da SESAB só está disponível para esse período; uma parte da documentação referente aos anos anteriores não mais está no sistema de informação dos órgãos do planejamento da SESAB. Trabalhou-se aqui com quatro ciclos de gestão da política de saúde, estabelecidos a partir dos Planos Estaduais de Saúde (PES) referentes aos seguintes intervalos: PES 2008-2011; PES 2012-2015; PES 2016-2019; PES 2020-2023. Para cada PES, fez-se um levantamento das Programações Anuais de Saúde (PAS) e seus respectivos Relatórios Anuais de Saúde (RAG). Do período 2020-2023, ainda em execução, só foi possível analisar o PES e as PAS dos dois primeiros anos uma vez que a finalização do ciclo ultrapassa a delimitação temporal definida para essa tese. Portanto, foram analisadas quatro edições do PES, quatorze edições das PAS e doze dos RAG, ao todo computando trinta instrumentos de gestão.

### **9.1 - Análise dos instrumentos de gestão de 2008 a 2021**

Os ciclos de gestões aqui averiguados foram iniciados em 2007 com a eleição de Jaques Wagner para o cargo de Governador da Bahia. A eleição de outubro de 2006 encerrou uma sucessão de mandatos do então Partido da Frente Liberal (PFL), iniciado em 1991 quando da eleição de Antônio Carlos Magalhães. A partir de 2007, pela primeira vez, o estado da Bahia passou a ser administrado pelo Partido dos Trabalhadores (PT), partido ao qual também pertencia o presidente da República. A SESAB passou a ser administrada pelo ex-secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde do primeiro governo de Lula. Havia pouco mais de três anos que a Bahia tinha sido habilitada para a Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde.

Segundo Jesus e Teixeira (2010, p. 96), o Plano Estadual de Saúde (PES) 2008-2011 na Bahia foi construído através de um conjunto de processos articulados e interdependentes sistematizados em sete movimentos:

1º) construção da proposta do “planejamento integrado”; 2º) definição das “linhas de ação” da gestão e construção dos instrumentos estratégicos; 3º) análise da situação de saúde; 4º) consolidação das demandas e recomendações das conferências de saúde; 5º) realização de oficinas integradas para priorização de problemas de saúde e do sistema de serviços de saúde; 6º) avaliação de desempenho da SESAB e fortalecimento das Funções Essenciais de Saúde Pública; 7º) construção dos “compromissos” do plano – os módulos operacionais.

### *Plano Estadual de Saúde 2008-2011*

No PES 2008-2011 visualiza-se a presença de temas relacionados à saúde mental, álcool e outras drogas, desde a apresentação da “Síntese dos Problemas Prioritários do Estado da Bahia” (BAHIA, 2009a, p. 22). De modo genérico, o quadro dos “problemas de estado da saúde da população priorizados” reconhece, dentre outros problemas de saúde, a “elevada prevalência [...] de transtornos mentais”. Na “Síntese dos Problemas Prioritários por Macrorregião” (idem, p. 23), verifica-se que as temáticas relacionadas a saúde mental e/ou o consumo de drogas aparecem como problemas prioritários em oito das nove macrorregiões de saúde destacados da seguinte forma:

- Macrorregião Centro-leste
  - Agravos de prevalência elevada: transtorno mental
  - Consumo elevado de álcool e outras drogas
- Macrorregião Centro-norte
  - Agravos de prevalência elevada: transtorno mental
- Macrorregião Extremo-sul
  - Consumo elevado de álcool e outras drogas
- Macrorregião Leste
  - Agravos de prevalência elevada: transtorno mental
  - Consumo elevado de álcool e outras drogas
- Macrorregião Nordeste
  - Agravos de incidência elevada: transtorno mental
- Macrorregião Oeste
  - Agravos de prevalência elevada: transtorno mental
- Macrorregião Sudoeste
  - Agravos de prevalência elevada: transtorno mental
  - Consumo elevado de álcool e outras drogas
- Macrorregião Sul
  - Agravos de prevalência elevada: transtorno mental
  - Consumo elevado de álcool e outras drogas

O PES considerou que, na Bahia, “o consumo elevado de álcool e drogas, juntamente com elevada prevalência de doenças mentais infere sobre a necessidade de políticas específicas, inclusive para a saúde do homem, além de suporte social à população residente nessa macrorregião” (idem, p. 24).

Em face dos problemas de saúde identificados, o PES definiu os compromissos do plano por linha de ação. A linha de ação IV definiu os compromissos e objetivos para a “Atenção à Saúde com Equidade e Integralidade”. Nesse quesito, o “compromisso 8” pressupunha a “atenção integral à saúde de populações de maior vulnerabilidade social e em situações especiais de agravamento, com o objetivo de reduzir as

iniquidades”. Para esse compromisso, o objetivo específico (item 8.3) era “desenvolver políticas de atenção à saúde que sejam transversais às ações no ciclo de vida e gênero” (idem, p. 39). Por sua vez, a ação estratégica desse objetivo foi a “implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde Mental”, sob a responsabilidade da Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC) e Secretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS). Como meta/resultados esperados, definiu-se que deveria haver “nove macrorregionais de saúde com política de educação permanente em saúde mental implantada” (idem, p. 60).

#### **Quadro 8 - Plano Estadual de Saúde 2008-2011**

<b>PES 2008-2011</b>	
<b>Linha de ação IV</b>	Atenção à Saúde com Equidade e Integralidade
<b>Compromisso</b>	Atenção integral à saúde de populações de maior vulnerabilidade social e em situações especiais de agravo, com o objetivo de reduzir as iniquidades
<b>Objetivo Específico</b>	Desenvolver políticas de atenção à saúde que sejam transversais às ações no ciclo de vida e gênero
<b>Ação Estratégica</b>	Implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde Mental
<b>Meta/resultados esperados</b>	Nove macrorregionais de saúde com política de educação permanente em saúde mental implantada

Fonte: Bahia. Plano Estadual de Saúde (2009)

Embora a “Síntese dos Problemas Prioritários do Estado da Bahia” tenha identificado elevada prevalência dos transtornos mentais, bem como elevado consumo de álcool e outras drogas, os temas relacionados à saúde mental tiveram pouco destaque nesse PES. A única proposta para a saúde mental foi a ação estratégica que visava à “implementação da política estadual de atenção integral à saúde mental”. Os esforços foram reduzidos a uma única meta relativa à implementação de uma política de educação permanente em saúde mental. Evidentemente, a educação permanente é uma ferramenta potente para a transformação dos processos de trabalho em saúde; contudo, uma “política de atenção integral” não se esgota na “meta” da educação permanente. Nesse caso, é nítido o descompasso entre a identificação da prevalência desse ‘problema de saúde’ e as ‘soluções’ apontadas como resposta ao problema identificado. O PES apresentou metas muito aquém da real necessidade de implantação da rede, ainda mais considerando a necessidade de fortalecer os serviços comunitários da rede de saúde mental em Salvador e região metropolitana em função do impacto produzido pelo descredenciamento dos hospitais psiquiátricos entre 2003 e 2005. Para uma transição segura e consistente, fazia-se necessária a construção “[...] de políticas específicas” (idem, p. 24) naquele período, o que não ocorreu.

O gráfico 18 acima mostrou que, em 2007, a Bahia tinha 1.582 leitos em hospitais psiquiátricos e 1.478 leitos no ano de 2008. O gráfico 24 acima mostrou que na Bahia existiam 107 CAPS habilitados em 2007, tendo aumentado para 125 CAPS em 2008. De acordo com o CNES (gráfico 24 acima), entre janeiro de 2006 e dezembro de 2008, a Bahia teve um incremento de 66% em número de CAPS com a habilitação de 83 novos serviços, ainda que esse crescimento não tenha sido previsto no planejamento oficial daquele período.

### *Agenda de Saúde 2008*

A Agenda de Saúde que apresentou a programação do ano de 2008 estabeleceu um conjunto de três compromissos com respectivos objetivos e metas para aquele ano.

#### **Quadro 9 - Agenda Estratégica da Saúde 2008**

<b>Linha de Ação 03: Vigilância de Riscos e Agravos à Saúde Individual e Coletiva</b>		
<b>Compromissos 08/09:</b> Fortalecer a estruturação das “Ações Compartilhadas” de Vigilância da Saúde promovendo a integração e a operação das práticas nas esferas de gestão estadual e municipal do SUS		
<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta/ Produto</b>	<b>Indicador</b>
Incentivo às ações de promoção da saúde nas Secretarias Municipais de Saúde voltadas à alimentação saudável atividades físicas, ao controle das DST e Aids, controle do tabagismo, álcool e outras drogas	50 secretarias municipais de saúde implementando ações de promoção à saúde	Número de municípios desenvolvendo ações de Promoção da Saúde voltadas à alimentação saudável, atividades físicas, ao controle das DST e Aids, controle do tabagismo, álcool e outras drogas
<b>Linha de Ação 04: Atenção à Saúde com equidade e integralidade</b>		
<b>Compromisso 13:</b> promover a atenção integral à saúde das populações estratégicas e em situações especiais de agravo		
<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta/ Produto</b>	<b>Indicador</b>
Desenvolvimento da atenção à saúde mental	28 serviços de saúde implantados	Número de serviços extra hospitalares de saúde mental implantados
<b>Linha de Ação 04: Atenção à Saúde com equidade e integralidade</b>		
<b>Compromisso 14:</b> Ampliar e qualificar a assistência farmacêutica, promovendo o uso racional de medicamentos		
<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta/ Produto</b>	<b>Indicador</b>
Aquisição de medicamentos na Atenção Básica e Saúde Mental	417 municípios atendidos	Número de municípios atendidos trimestralmente na aquisição de medicamentos essenciais da atenção básica e em saúde mental

**Fonte:** Bahia. Agenda de Saúde (2008a)

*Análise do Relatório Anual de Gestão 2008*

Na averiguação do Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2008, verifica-se que a política de saúde mental não esteve elencada de modo específico entre as “ações prioritárias” daquele ano<sup>195</sup>.

Esse RAG informou que havia em funcionamento 138 CAPS, distribuídos nas nove macrorregiões de saúde (BAHIA, 2008b, p. 147). Foram implantados 26 novos CAPS em 2008, alcançando 92,8% da meta prevista para essa ação estratégica naquele ano de referência. No gráfico 24 acima viu-se que, em 2008, foram habilitados 18 CAPS. Uma diferença que ocorre quando se compara o número de serviços implantados com o número de serviços habilitados. O RAG informou que existiam 665 leitos psiquiátricos em hospitais da rede própria, dos quais 609 estavam em hospitais psiquiátricos e outros 56 eram vinculados aos hospitais gerais.

No que se refere à formação de pessoal, “enquanto estratégias de educação permanente, para discutir e consolidar a rede integral de saúde e os processos de trabalho no âmbito da saúde mental” (idem, p. 147), a SESAB realizou encontros regionais e oficinas em todas as macrorregiões de saúde. Foram realizados 34 encontros que mobilizaram 1.583 participantes de 175 municípios baianos. Além disso, foi realizado um “Curso Introdutório aos Princípios e Diretrizes da Reforma Psiquiátrica” para profissionais dos CAPS; esse curso teve 140 participantes entre trabalhadores e gestores. Registrou-se também a realização de uma capacitação em cidadania e direitos dos portadores de transtorno mental para 50 usuários e familiares. Foram realizados dois seminários sobre educação permanente em saúde mental com participação de 100 pessoas no primeiro seminário e 250 pessoas no segundo evento. A Escola de Saúde Pública realizou um “Seminário de Saúde Mental” para sensibilizar os profissionais dos CAPS para o atendimento às especificidades da saúde do idoso. Participaram 85 profissionais de 32 municípios. A maioria dessas ações de formação foi descontinuada no ano seguinte. Mesmo com todo esforço demonstrado, verifica-se que a oferta de ações de educação permanente alcançou baixa oferta em comparação com o número de serviços existentes na ocasião.

---

<sup>195</sup> As “Ações Prioritárias” foram as seguintes:

- Ampliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192;
- Expansão e Melhoria da Rede de Saúde do SUS-Bahia; Implantação do Programa de Medicamento em Casa; Implantação do Programa de Internação Domiciliar;
- Criação da Rede de Laboratórios Públicos Regionais;
- “Saúde da Família de Todos Nós” (BAHIA, 2008, p. 28)

O relatório não apresentou informações sobre o cumprimento da meta de garantia da assistência farmacêutica em saúde mental nos 417 municípios, conforme previsto no PES do início do ano.

Um aspecto relevante entre 2007 e 2008 foi a realização da mais completa análise de situação sobre saúde mental que se tem registro na Bahia. A gestão iniciada em 2007 iniciou um amplo processo de mapeamento dos serviços de saúde mental do SUS. Essa “Análise da Situação da Saúde Mental do Estado da Bahia” apresentou informações quantitativas e qualitativas. Para essa análise de situação, alguns dados foram extraídos do CNES (competência julho de 2008), mas boa parte das informações foi obtida pelo Núcleo de Apoio Institucional (NAI) por ocasião das Oficinas de Saúde Mental realizadas entre outubro de 2007 e julho de 2008 (BAHIA, 2008c). Merece destaque o fato de essa “Análise de Situação” não ter sido citada em nenhum dos Relatórios Anuais de Gestão desse ciclo.

De acordo com Fornazier e Delgado (2011, p. 416), em 2007, o estado da Bahia constituiu um mecanismo que foi denominado ‘Apoio Institucional em Saúde Mental’ “[...], visando à estruturação e à efetivação das propostas, entre outras, de Educação Permanente, assessoramento, acompanhamento e cooperação aos municípios, junto aos mais diversos atores, como usuários, gestores locais, trabalhadores e as demais redes públicas”.

Nesse período ocorreu uma profunda reformulação na arquitetura organizacional da SESAB, situação em que a ‘Coordenação de Saúde Mental’ deixou de existir enquanto unidade operacional. Em seu lugar, constituiu-se uma ‘Área Técnica de Saúde Mental’ (ATSM) dentro da Coordenação de Políticas Transversais vinculada à Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC), da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS). A Bahia é possivelmente o único estado brasileiro que não possui uma coordenação específica para a política de saúde mental. Isso impacta necessariamente a ‘governabilidade/governança’ dessa política.

O item 7 do relatório da “Análise da Situação da Saúde Mental do Estado da Bahia” apresentou uma extensa lista das dificuldades identificadas para a conformação da rede de atenção integral à saúde mental no estado. Isso implica dizer que os grandes problemas para a implantação da política de saúde mental foram sistematicamente conhecidos há mais de 15 anos. As principais dificuldades apresentadas nessa “Análise” não foram inseridas em nenhum dos demais instrumentos de gestão (Plano Estadual, Agenda de Saúde e Relatório Anual de Gestão). Trata-se de questões centrais ou

‘chaves’ analíticas importantes sobre as dificuldades e impasses para a efetiva implantação da política de saúde mental na Bahia. De certo modo, essas dificuldades permanecem até o presente momento. Foram identificadas as seguintes dificuldades (BAHIA, 2008c, p. 27-30):

- Ausência, na maioria dos municípios, de técnicos de referência e/ou coordenação para a área de Saúde Mental;
- Ausência, em algumas Dires, de técnicos de referência para desenvolver, auxiliar e acompanhar ações de Saúde Mental nas macrorregiões;
- Precariedade de interlocução entre as Dires da macrorregião, entre os municípios e as Dires, bem como entre os municípios nas atividades planejadas e desenvolvidas;
- O critério populacional estabelecido pela Portaria Nº 336/02, enquanto prioridade para implantação de CAPS, frente à realidade de 60% dos municípios com população abaixo de 20.000 habitantes;
- Pouca destinação de recursos financeiros municipais para contratação de profissionais de referência em saúde mental para atuação nos serviços de atenção básica dos municípios de pequeno porte (população inferior a 20.000 habitantes);
- Demora na liberação do incentivo financeiro para implantação dos CAPS e no processo de habilitação destes, gerando desmotivação e desistência por parte dos gestores para implantação destes serviços;
- Despreparo de grande parte das equipes técnicas dos CAPS municipais no que diz respeito aos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental;
- Vínculos trabalhistas precarizados, bem como o baixo quantitativo de profissionais compondo as equipes dos CAPS;
- Funcionamento de alguns serviços na lógica manicomial, não corroborando com a proposta da Reforma Psiquiátrica, que prioriza incentivar a autonomia do sujeito e realização de ações comunitárias e territoriais;
- Predominância de Atendimento Psiquiátrico Ambulatorial na maioria das macrorregiões, ratificando a lógica ambulatorial e medicamentosa;
- Ausência ou insuficiência de estratégias de cuidado além do CAPS: Residências Terapêuticas, Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais, Centros de Convivência;
- Precariedade do levantamento nos municípios de possíveis beneficiários do Programa de Volta para Casa;
- Desconhecimento por grande parte dos municípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o que gera insuficiência na proposição de atividades nesta lógica, principalmente no campo da Saúde Mental;
- Fragilidade de ações intersetoriais nos municípios, comprometendo o diálogo entre os setores: Saúde, Assistência Social, Justiça, Educação, Trabalho, entre outros;
- Sobrecarga de atendimentos nos CAPS implantados em função do acolhimento de demanda de municípios vizinhos desassistidos na área;
- Pouco preparo dos CAPS na abordagem e acolhimento à demanda da crise;
- Descontinuidade da assistência aos familiares e usuários residentes em regiões periféricas devido à dificuldade de deslocamento até os serviços ou das equipes até as comunidades;
- Inadequação de alguns serviços – atividades, espaços e localização – quanto ao trabalho de base comunitária e de reinserção social;

- Preenchimento inadequado e incorreto das APAC, dificultando o faturamento dos CAPS e centralização deste preenchimento na figura do profissional de medicina;
- Desassistência aos usuários de Álcool e outras Drogas, bem como à Infância e Adolescência em função do baixo quantitativo destes serviços de saúde nas macrorregiões
- Dificuldades quanto à questão da assistência farmacêutica, em alguns municípios: (a) irregularidade no fluxo de acesso aos medicamentos para os CAPS; (b) difícil acesso à medicação de alto custo – burocratização e precária formação técnica nas DIRES para lidar com este processo; e (c) dispensação irracional de medicamentos psiquiátricos em municípios que não possuem proposta de Atenção à Saúde Mental;
- Precariedade de diálogo e matriciamento em Saúde Mental para as Equipes de Saúde da Família/Atenção Básica;
- Número reduzido de experiências em Economia Solidária e Geração de Renda nas Macrorregiões;
- Presença ainda marcante de estigmas relacionados às pessoas em sofrimento psíquico

Além da lista das dificuldades, o relatório da ‘Análise’ apresentou uma relação de 31 desafios para a estruturação da rede de saúde mental. São desafios que envolvem os diferentes níveis de gestão e os diferentes atores do SUS. A partir desse relatório, verifica-se que a Reforma Psiquiátrica na Bahia estava focada na implantação de CAPS, sendo incipiente e até inexistente a projeção de outros dispositivos assistenciais tais como SRT, Centros de Convivência e Cultura, leitos em hospitais gerais para saúde mental, cooperativas/ empreendimentos de economia solidária, etc. Além disso, era incipiente também a relação intersetorial/interinstitucional com as políticas de Assistência Social, de Educação, de Trabalho e Renda, de Cultura e Lazer, etc.

Os desafios destacados, conforme Bahia (2008c, p 30 – 33), foram os seguintes:

- Elaboração de uma “Política Estadual de Saúde Mental”;
- Sensibilização dos gestores municipais para a criação de setores/coordenações de Saúde Mental nas SMS, incentivando também o investimento de recursos financeiros municipais no campo da saúde mental, principalmente naqueles com população inferior a 20.000 habitantes;
- Identificação de municípios estratégicos nas microrregiões para serem referência em saúde mental e sensibilização de seus gestores para tanto.
- Sensibilização dos gestores para a expansão da Rede de Serviços de Saúde Mental nos municípios: CAPS I, II, III, ad e i, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e Cultura, cadastramento dos municípios no Programa de Volta, e leitos de atenção à saúde mental nos hospitais gerais e urgência e emergência em álcool e outras drogas – de acordo com as prioridades e demandas locais;
- Implantação de CAPS III nos municípios que possuem capacidade populacional e municípios considerados estratégicos;
- Implantação de CAPS AD em municípios que possuem capacidade populacional ou locais estratégicos para referenciar as macrorregiões;
- Implantação de CAPS IA em municípios que possuem capacidade populacional ou locais estratégicos para referenciar as macrorregiões;
- Trabalhar no encerramento progressivo dos leitos psiquiátricos de acordo com o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar – PNASH/Psiquiatria e com o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH);

- Realização, junto aos municípios, de possíveis beneficiários do Programa de Volta pra Casa;
- Formação de possíveis parcerias para o diálogo com os diversos setores/instituições existentes nos municípios para a construção da Assistência Integral em Saúde Mental, investindo principalmente na interlocução da Saúde Mental com a Atenção Básica e a Assistência Social;
- Dar visibilidade à importância da realização de concursos públicos municipais para os profissionais de Saúde Mental, buscando evitar a oscilação, descontinuidade e precarização dos vínculos e dos processos terapêuticos nos serviços de saúde;
- Incitar a responsabilização dos municípios sobre a Educação Permanente em saúde e saúde mental, visando à melhoria dos processos de trabalho das equipes;
- Estimular a indicação de técnicos de referência em saúde mental nas DORES;
- Buscar apoio e envolvimento das DORES, por intermédio de seus técnicos de referência, nas ações de saúde mental nas macrorregiões, favorecendo a comunicação e o diálogo entre estas e os municípios;
- Fortalecer e expandir o Grupo de Referência em Saúde Mental nas macrorregiões e 1ª DORES, tendo em vista estimular o protagonismo local nas ações em saúde mental e a articulação intersetorial;
- Acompanhamento nos municípios do desenvolvimento e da manutenção de projetos em saúde mental que visem à desospitalização e desinstitucionalização da loucura;
- Diálogo com as Instituições de Ensino Superior e Cursos Técnicos de Saúde do Estado, ampliando o debate sobre a formação qualificada de profissionais para atuação no campo da saúde mental;
- Discutir e problematizar o baixo quantitativo de médicos psiquiatras nos serviços públicos de saúde do Estado, bem como a relativa incipiência das ações no que diz respeito aos preceitos e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira;
- Qualificar médicos generalistas para o atendimento às pessoas com sofrimento psíquico, em conformidade com o novo modelo de assistência à saúde mental, principalmente nos municípios de pequeno porte, onde não existem psiquiatras ou CAPS;
- Incentivo a mudança da lógica manicomial existente em alguns serviços de saúde mental dos municípios através de ações de Educação Permanente;
- Fomentar discussões nos Serviços Substitutivos acerca da abordagem e acolhimento à crise e sua resolutividade;
- Criar meios para a participação política dos usuários dos serviços de saúde mental das macrorregiões, tendo em vista a sua autonomia cidadã e a criação de ações de geração de renda e Economia Solidária;
- Incentivar ações de Matriciamento em Saúde Mental para construção de um fluxo de atividades, junto à atenção básica, aos serviços de urgência e emergência e aos hospitais.
- Discutir junto aos municípios a possibilidade de contratação de técnicos de referência em saúde mental para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF;
- Elaboração, junto aos municípios, de diretrizes para a saúde mental, a partir das visitas institucionais e oficinas realizadas nas macrorregiões;
- Construção de um “Fórum de Discussão Permanente em Saúde Mental do Estado da Bahia”, anual, para assegurar um espaço efetivo de interlocução entre os diversos atores da área;
- Investir na capacitação teórica-técnica dos profissionais dos CAPS I para o acolhimento à demanda infantil, adolescência e usuários de álcool e outras drogas;
- Regular a distribuição e dispensação de medicação psiquiátrica aos e nos municípios;
- Ampliar a discussão sobre o estabelecimento de consórcios municipais para implantação de CAPS;

- Discutir o atendimento aos egressos do Hospital de Custódia e Tratamento – HCT – BA nos serviços de saúde mental de seus municípios de origem;
- Incluir nas discussões dos Conselhos Municipais, Estaduais e Federais de Saúde o tema da Saúde Mental.

Não é sem importância o fato de que o primeiro desafio destacado foi exatamente a construção de uma “Política Estadual de Saúde Mental” para o estado da Bahia. A construção de uma “Política” implica em uma articulação de esforços tanto no âmbito do poder executivo quanto no âmbito do poder legislativo. Em 1994, a Assembleia Legislativa da Bahia (ALBA) tramitou o projeto de lei 10.352/94, que preconizava a *reorganização da assistência psiquiátrica no estado da Bahia*. Esse projeto de lei foi arquivado no final da década de 1990 e a ALBA não mais pautou o tema da reorganização da assistência na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

A Bahia não tem um documento aglutinador com uma normatização/institucionalização que caracterize e formalize a “Política Estadual de Saúde Mental Álcool e outras Drogas”, como dito anteriormente. A política de saúde mental no âmbito da gestão estadual da Bahia é uma costura de vários fragmentos de decretos, portarias, agendas de governos de diferentes ciclos, que, embora dialoguem com a legislação nacional, não estabelecem ou regulamentam com suficiência a implantação, a operacionalização, as diretrizes e normas de organização da RAPS. O que se verifica é o conjunto de iniciativas pontuais focadas na habilitação de alguns serviços, com ampla ênfase nos CAPS, um dos dezoito pontos de atenção da RAPS.

Os fluxos organizativos, as linhas de cuidado em saúde mental, a integralidade do cuidado e a intersetorialidade foram temas de pouca visibilidade no planejamento das sucessivas gestões da SESAB. Sem um documento aglutinador da política de saúde mental, a capacidade de gestão para formular, operacionalizar e induzir a mudança fica comprometida. A mudança do modelo assistencial em saúde mental não deveria ficar na dependência de um “projeto de governo” dado que se trata de uma “política de estado”.

Recentemente o estado de Minas Gerais instituiu uma política estadual de saúde mental, álcool e outras drogas, regulamentado sua implantação e operacionalização, definindo as diretrizes da organização da Rede de Atenção Psicossocial, por meio da Resolução SES/MG N° 5.461, de 19 de outubro de 2016. Na mesma toada, o estado de Pernambuco aprovou sua Política Estadual de Saúde Mental, álcool, crack e outras drogas, capitaneada pela Secretaria Estadual de Saúde, por meio da Resolução SES/CES n° 747 de 11 de julho de 2018. Esses são dois exemplos de estados que, historicamente,

apostam na reforma psiquiátrica e que, por conseguinte, possuem políticas de saúde mental com importantes avanços na reorientação do modelo assistencial.

Em síntese, verifica-se que o ano de 2008 na Bahia foi um momento de sensíveis avanços no que diz respeito à implantação de serviços, de investimento em atividades de educação permanente e foi também um momento proativo ao menos no que diz respeito à intenção de apropriação da realidade com a realização da Análise de Situação da política de saúde mental no estado que, ao menos, apontou caminhos a serem seguidos.

#### *Agenda Estratégica de Saúde 2009 e 2010*

As Agendas Estratégicas de Saúde da Bahia para os anos 2009 e 2010 foram sistematizadas em um único documento (BAHIA, 2009b). Novamente a política de saúde mental foi inserida de modo genérico, com metas relacionadas à ampliação de serviços, mas sem informações sobre a mudança do modelo assistencial. Novamente há ausência de definição sobre os rumos dos hospitais psiquiátricos, mesmo depois da realização dos vários PNASH nos anos anteriores. O quadro abaixo apresenta a síntese das ações e metas previstas para 2009 e 2010.

#### **Quadro 10 - Agenda Estratégica da Saúde 2009-2010**

<b>Linha de Ação 02: Atenção à saúde com equidade e integralidade</b>			
<b>Compromissos 08:</b> Atenção integral à saúde das populações de maior vulnerabilidade social e situações especiais de agravo com vistas à redução de iniquidades			
<b>Objetivo 8.3:</b> Desenvolver Políticas de Atenção à Saúde que sejam transversais as ações no Ciclo de Vida, Gênero e Raça			
<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta/ Produto 2009</b>	<b>Meta/ Produto 2010</b>	<b>Indicador (2009-2010)</b>
Implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde Mental	35 municípios com serviço de saúde mental implantado	57 municípios com serviço de saúde mental implantado	Número de municípios com serviço de saúde mental implantado
	05 leitos integrais em psiquiatria	05 leitos integrais em psiquiatria	Número de leitos integrais em psiquiatria
	09 macrorregiões de saúde com Política de Educação Permanente em Saúde Mental implantada	09 macrorregiões de saúde com Política de Educação Permanente em Saúde Mental implantada	Número de macrorregiões de saúde com Política de Educação Permanente em Saúde Mental implantada
	70% dos municípios com ações de saúde mental implantadas com apoio institucional da SESAB para a gestão dos serviços	70% dos municípios com ações de saúde mental implantadas com apoio institucional da SESAB para a gestão dos serviços	Número de municípios com ações de saúde mental implantadas com apoio institucional da SESAB para a gestão dos serviços

#### **Linha de Ação 02: promoção da saúde, intersetorialidade e proteção da sociedade**

**Compromisso 13:** Políticas transversais para a Promoção da Saúde, Segurança Alimentar e Proteção da Sociedade

**Objetivo Específico 13.2:** Promover ações intersetoriais para consolidar as políticas públicas de

promoção de hábitos de vida saudáveis, segurança alimentar e proteção da sociedade			
Ação Estratégica	Meta/ Produto 2009	Meta/ Produto 2010	Indicador
Aparelhamento de unidades de tratamento do portador de transtorno mental em conflito com a lei	01 unidade de saúde aparelhada para tratamento do portador de transtorno mental em conflito com a lei	01 unidade de saúde aparelhada para tratamento do portador de transtorno mental em conflito com a lei	Número de unidade de saúde aparelhada para tratamento do portador de transtorno mental em conflito com a lei
Assistência ao Portador de Transtorno Mental em Conflito com a Lei	180 portadores de transtorno mental em conflito com a lei assistidos	180 portadores de transtorno mental em conflito com a lei assistidos	Número de portadores de transtorno mental em conflito com a lei assistidos

**Fonte:** Bahia. Agenda Estratégica de Saúde (2009b)

Como visto, novamente os esforços da gestão estadual de saúde foram concentrados na implantação de novos serviços. Os serviços priorizados foram o CAPS e os leitos em hospitais gerais. Não há informação sobre o perfil dos CAPS a serem implantados. Como se viu no Plano Estadual de Saúde 2008-2011, o uso de álcool e outras drogas apareceu como problema relevante e prioritário, mas o planejamento anual não apresentou ações específicas para essa demanda.

#### *Análise do Relatório Anual de Gestão 2009*

O RAG de 2009 informou que “o Governo da Bahia tem envidado esforços para implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais da Rede Própria e dos municípios” (BAHIA, 2010a, p. 271), mas esse documento não informou quantos leitos e onde foi feita a negociação. De acordo com esse Relatório, na ocasião, o estado da Bahia possuía 7 hospitais psiquiátricos distribuídos nos municípios de Salvador (3 serviços), Vitória da Conquista (1 serviço), Juazeiro (1 serviço), Itabuna (1 serviço) e Feira de Santana (1 serviço). Havia 1.086 leitos, sendo 584 leitos pertencentes à rede própria. Os leitos psiquiátricos correspondiam a 21% de todos os leitos existentes na rede própria da Bahia (n=5.178).

Além dos leitos em hospital psiquiátrico, havia 2 anexos psiquiátricos estaduais localizados em Jequié e Ilhéus (idem, p. 273). Em Itabuna também existia 1 anexo psiquiátrico vinculado a um hospital municipal. De acordo com os dados do CNES, o Hospital Prado Valadares de Jequié tinha 23 leitos psiquiátricos<sup>196</sup>, enquanto que o

<sup>196</sup> Consulta Estabelecimento - Módulo Hospitalar – Leitos. HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES. Competência 12/2009. Acessado em 07/02/2022. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Hospitalar.asp?VComp=200912&VUnidade=2918002400693](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VComp=200912&VUnidade=2918002400693)

Hospital Geral Luiz Viana Filho, de Ilhéus, tinha 30 leitos psiquiátricos<sup>197</sup>. O Hospital de Base Luiz Eduardo Magalhães em Itabuna tinha 6 leitos psiquiátricos. Mesmo com uma pequena quantidade de leitos habilitados em hospitais gerais, o conjunto dos hospitais gerais da Bahia realizou 28,43% dos internamentos por transtornos mentais em 2009 (ver gráfico 21). Dos 7.097 internamentos por motivos de transtorno mental e/ou uso de drogas realizados naquele ano, 2.108 internamentos foram realizados em 79 diferentes unidades de hospitais gerais do estado. Ainda que a SESAB tenha ‘envidado esforços para implantar leitos’ em hospitais gerais, a demanda para esse ‘ponto de atenção’ foi muito superior ao número de leitos habilitados pela gestão estadual de saúde. A previsão da “Agenda Estratégica de Saúde” foi muito tímida diante da demanda que se apresentou ao longo do ano. Previu-se a ‘implantação’ de apenas 05 leitos de atenção integral em saúde mental em hospitais gerais quando, na prática, o volume de internamentos em hospitais gerais já sinalizava haver demanda para uma maior quantidade de leitos a serem implantados.

O RAG 2009 informou que a educação permanente foi realizada através de articulação intra e intersetorial. Para tanto foi instituído um “ [...] Grupo Técnico, denominado GT de Rede, e o Colegiado de Gestão em Saúde Mental formados por técnicos da área, diretores dos Hospitais Psiquiátricos do Estado, Diretoria da Gestão de Rede Própria e movimento social [...]” (BAHIA, 2010a, p. 273). Foi realizado o 5º Curso Introdutório aos Princípios e Diretrizes da Reforma Psiquiátrica com participação de 60 municípios; em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, realizou-se também um encontro internacional intitulado “Reformas Psiquiátricas e Transformação Cultural no Brasil e no Mundo: 30 anos da Lei Franco Basaglia”. Por fim, foi realizada a ‘Semana Estadual sobre Drogas’ e as oficinas regionais do programa ‘Pacto pela Vida’ em Eunápolis, Teixeira de Freitas, Cícero Dantas, Juazeiro, Barreiras e Santa Maria da Vitória. O relatório não informou quantas pessoas, ao todo, foram envolvidas em atividades de formação/educação permanente em 2009. De todo modo, deduz-se que as atividades contemplaram as nove macrorregiões de saúde, mas não o suficiente para mobilizar todos os municípios que já possuíam serviços implantados naquele momento.

Em relação à dinâmica da implantação dos CAPS em 2009, o RAG registrou a existência de 166 CAPS, dos quais 154 estavam habilitados e 12 estavam aprovados na

---

<sup>197</sup> Consulta Estabelecimento - Módulo Hospitalar – Leitos. HOSPITAL GERAL LUIS VIANA FILHO. Competência 12/2009. Acessado em 07/02/2022. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Hospitalar.asp?VComp=200912&VUnidade=2913602415844](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VComp=200912&VUnidade=2913602415844)

CIB. Nos indicadores do CNES (ver gráfico 21 acima), eram 146 CAPS habilitados e 178 em funcionamento em 2009. Tomando como base o número de CAPS da listagem da SESAB, a Bahia possuía uma cobertura de 0,72 por 100.000 habitantes, situação considerada ‘muito boa’ para as metas e parâmetros do Ministério da Saúde na ocasião.

Havia 19 municípios habilitados para implantação de SRT e 48 habilitados para gerenciar o PVC. O número de moradores em SRT chegou a 108; destes, 98 eram contemplados pelo PVC. O RAG não informou o número de SRT existentes; contudo, no CNES havia o registro de 10 unidades habilitadas (ver tabela 38).

A SESAB prestou “[...] assessoria técnica a 119 municípios objetivando a ampliação da Rede de Serviços Substitutivos no Estado” (BAHIA, 2009, p. 275). A meta prevista na “Agenda Estratégica de Saúde” era alcançar 70% dos municípios, equivalendo a 350 municípios, aproximadamente. Nesse caso, somente 28,5% da meta foi alcançada.

Por fim, o RAG apresentou o início de uma articulação intersetorial entre a SESAB e a Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza com intuito de articulação dos Centros Sociais Urbanos existentes para a inserção de usuários da rede de Saúde Mental. Fez-se uma parceria com a Secretaria do Trabalho, Emprego, Renda e Esporte para a construção de um Termo de Referência para inclusão social pelo trabalho destinado aos usuários da rede de saúde mental. Foi realizada uma “articulação regional entre os Estados da Bahia, Sergipe e Alagoas para efetivação do Fórum Regional, visando discutir Economia Solidária/Geração de Renda e Saúde Mental” (idem, p. 285) da qual participaram a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e o Ministério da Saúde. Essas atividades não reaparecem nos relatórios dos anos posteriores.

#### *Análise do Relatório Anual de Gestão de 2010*

O RAG de 2010 traz basicamente as informações já apresentadas no relatório de 2009. Há apenas atualização dos números em relação aos serviços. Não há nenhuma análise sobre o cumprimento das metas previstas na “Agenda Estratégica de Saúde”, nem há detalhamento sobre desafios e dificuldades encontradas.

No que diz respeito à atenção hospitalar, o RAG destacou a “[...] a implantação de seis leitos integrais em psiquiatria no Hospital Regional Ursino Pinto de Queiroz no Município de Santo Antônio de Jesus” (BAHIA, 2011a, p. 121). O CNES confirma que

em dezembro de 2010 havia 6 leitos habilitados nessa instituição<sup>198</sup>. Naquele ano foram realizados 7.734 internamentos por motivos de transtornos mentais no estado dos quais 2.620 internamentos foram realizados em 142 diferentes hospitais gerais (ver gráfico 21 acima), equivalendo a 33,9% do número de internamentos por essa tipificação.

Segundo o RAG, o número de CAPS em funcionamento subiu de 166 para 177, distribuídos em 141 municípios (idem, ibidem). De acordo com o registro do CNES, eram 199 CAPS implantados, sendo 160 habilitados.

O número de beneficiários do PVC permaneceu o mesmo do ano anterior, ou seja, 98 pessoas contempladas. Quanto aos SRT, o Relatório informou que existiam 21 unidades em funcionamento (11 em Feira de Santana, 07 em Salvador - sendo que 1 exclusiva para acolher os pacientes egressos do HCT-, 01 em Juazeiro, 01 em Ibicará, 01 em Vitória da Conquista), com um total de 124 moradores. No registro do CNES havia somente 10 SRT habilitados, menos da metade das 21 em funcionamento (ver tabela 38 acima). Muitas dos SRT de Feira de Santana continuam sem habilitação, o que implica dizer que não recebem recurso de custeio do Governo Federal. Das 11 SRT em funcionamento em 2010 em Feira de Santana, somente 4 estavam habilitadas.

Em 2010 ocorreu a IV Conferência Estadual de Saúde Mental que, segundo o RAG (idem, ibidem), foi “[...] precedida de 52 Conferências Regionais e Municipais, com abrangência de 145 municípios, contando com a participação de 796 delegados, convidados e observadores”. Por fim, o relatório informou que foi realizado o “Fórum de Comunidades Terapêuticas”, numa parceria com SJCDH e SEDES. Essa atividade teve a participação de 63 instituições e 157 participantes.

Embora o RAG assegure que o Governo do Estado da Bahia empreendeu “[...] esforços para a consolidação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente no SUS – BA”, não há nenhuma pista de ações destinadas à saúde mental como parte dos esforços empreendidos, diferentemente do Relatório de 2009. Além disso, não há nenhuma menção a atividades do Núcleo de Apoio Institucional (NAI), como informado no relatório de 2008.

---

<sup>198</sup> Consulta Estabelecimento - Módulo Hospitalar – Leitos. HOSPITAL REGIONAL DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS. Competência 12/2009. Acessado em 07/02/2022. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Hospitalar.asp?VComp=200912&VUnidade=2928706414702](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VComp=200912&VUnidade=2928706414702)

### Programação Anual de Saúde 2011

A partir de 2011, a “Agenda Estratégica de Saúde” passou a ser denominada de “Programação Anual de Saúde” (PAS). Como nos demais documentos, a PAS tem informações genéricas associadas com algumas metas quantitativas. Outra vez não constam evidências de uma atenção especial para o uso prejudicial de álcool e outras drogas, conforme listado na “Síntese dos Problemas Prioritários por Macrorregião” do PES desse ciclo (2009a, p. 23). Do mesmo modo, não há informações sobre a pretensão de reduzir leitos em hospitais psiquiátricos, embora apareça como meta a implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais. Essa PAS tinha quatro metas/produtos específicas da saúde mental, sendo duas delas relacionadas à implantação de serviço, uma relacionada à gestão e uma relacionada à formação, conforme descritas abaixo.

#### Quadro 11 - Programação Anual de Saúde 2011

Linha de Ação 2.4: Atenção à Saúde com Equidade e Integralidade		
Compromisso 8: Atenção integral à saúde das populações de maior vulnerabilidade social e situações especiais de agravo com vistas à redução de iniquidades		
Objetivo Específico 8.3: Desenvolver Políticas de Atenção à Saúde que sejam transversais as ações no Ciclo de Vida, Gênero e Raça		
Ação Estratégica	Meta/ Produto	Indicador
8.3.2 Implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde Mental	Implantar em 30 municípios o serviço de saúde mental	Número de municípios com serviço de saúde mental.
	Implantar 10 leitos integrais em psiquiatria nos hospitais gerais de municípios estratégicos do Estado	Número de leitos integrais em psiquiatria implantados nos hospitais gerais.
	Implantar em 70% dos municípios ações de saúde mental com o apoio institucional da SESAB para a gestão dos serviços	Número de municípios com ações de saúde mental com o apoio institucional da SESAB para a gestão dos serviços
	Implantar em 06 macrorregiões de saúde a Política de Educação Permanente em Saúde Mental	Número de macrorregiões de saúde com a Política de Educação Permanente em Saúde Mental implantada

Fonte: Bahia. Programação Anual de Saúde (2011b)

#### Análise do Relatório Anual de Gestão de 2011

O RAG de 2011 informou que somente 7 serviços foram implantados, dos 30 que estavam previstos, equivalendo ao cumprimento de 23,3% dessa meta (BAHIA, 2011c, p. 31). Estava previsto um gasto de R\$ 169.288,00, mas o valor executado no ano foi R\$ 151.922,81. A Bahia passou a contar com 183 CAPS implantados em 2011, enquanto que no ano anterior eram 177 serviços. De acordo com o CNES, a Bahia tinha 211 CAPS implantados/em funcionamento, mas somente 175 serviços estavam habilitados. Considerando o indicador adotado pela SESAB, a Bahia estava “43% acima

da média nacional no número de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS por habitante” (idem, ibidem), sendo o quinto Estado do Brasil nesse indicador naquele ano. A meta prevista pela SESAB era ter cobertura de 0,90 CAPS por 100.000 habitantes em 2011; entretanto, o resultado alcançado foi uma cobertura de 0,86.

A educação permanente ocorreu através da realização de “três turmas do curso introdutório sobre os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica, para as equipes dos CAPS de 35 municípios com vista à qualificação do cuidado prestado aos usuários” (idem, p. 43). Não há detalhamento sobre a implantação da Política de Educação Permanente em Saúde Mental em 06 macrorregiões, como previsto na PAS. 03 macrorregiões não foram contempladas. Pode-se deduzir a insuficiência do resultado obtido com apenas três turmas de um curso introdutório para 35 dos 417 municípios do estado, somente 8,39% dos municípios do estado participaram de alguma atividade da SESAB destinada à formação em saúde mental naquele ano. Desse ciclo de governo, o ano de 2011 foi de menor quantidade de ações relacionadas à educação permanente em saúde mental, tomando como parâmetro os RAG’s anteriores desse mesmo período.

A SESAB iniciou o processo de contratualização de um CAPS para atendimento aos usuários de álcool e outras drogas em Salvador, numa parceria com a Faculdade de Medicina da UFBA.

Por fim, o RAG de 2011 informou que outros “25 municípios foram apoiados tecnicamente para a implantação de novos serviços” (idem, ibidem). Os municípios de Governador Mangabeira, Santa Rita de Cássia, Morro do Chapéu, Cipó e Valente entraram na relação de futuras habilitações de CAPS.

Esse Relatório não fez alusão à meta de implantação dos 10 leitos de atenção integral em saúde mental em hospitais gerais, conforme previsto na PAS do ano em questão.

Numa análise geral do ciclo 2008-2011, pode-se visualizar os alcances e os impasses da gestão na política de saúde mental da Bahia. O foco foi a implantação de serviços especializados, entre os quais destacadamente estão os CAPS, os SRT e os leitos em hospital geral. Ao todo, havia a previsão de implantação de 150 novos serviços [28 em 2008, 35 em 2009, 57 em 2010, 30 em 2011]. Com exceção dos leitos em hospital geral, não estava definido qual tipo de serviço seria implantado. Nesse quadriênio, segundo dados dos relatórios da SESAB, foram implantados 89 CAPS. Não há detalhamento de outros serviços não hospitalares. De acordo com os dados do CNES já apresentados, foram habilitados 68 CAPS, embora 80 tenham sido implantados.

A educação permanente foi uma atividade bastante fortalecida em 2008 e em 2009. Em 2010 não houve menção a atividades de educação permanente, contudo foi o ano da IV Conferência Estadual de Saúde mental que mobilizou 147 municípios, ainda que essa não seja uma atividade de educação permanente propriamente dita. Em comparação com os dois primeiros anos daquele ciclo, no ano de 2011 houve declínio no número de atividades e, conseqüentemente, no número de pessoas e municípios envolvidos pela educação permanente em saúde mental.

O dispositivo de gestão denominado “Apoio Institucional” apareceu somente nos relatórios dos dois primeiros anos. Para Costa, Delgado e Silveira (2015, p. 489), o “Núcleo de Apoio Institucional (NAI) enquanto estratégia de educação permanente e de cogestão da Política de Saúde Mental do Estado da Bahia no período de 2007 a 2008” surgiu como crítica e contraposição à cultura da ‘supervisão’ originada na administração científica. Assim sendo, o dispositivo do apoio institucional diferenciava-se

das funções clássicas nas organizações, como “supervisão” e “assessoria”, visto que estas emergem de concepções de gestão do trabalho que partem do pressuposto de que os coletivos necessitam de alguém que saiba ou indique o que deve ser feito ou, na mesma direção, que faça pelas pessoas” (COSTA, DELGADO e SILVEIRA, 2015, p. 490)

Em que pese ter havido avanços significativos proporcionados por esse arranjo de gestão, ainda de acordo com essas autoras, o apoio institucional foi descontinuado com a mudança na equipe gestora em 2008. Com efeito, ocorreu a “[...] interrupção das oficinas e ações disparadas e o retorno à modalidade de acompanhamento aos municípios por meio de orientações via telefone e meio eletrônico” (idem, p. 500). Se houve descontinuidade do ‘apoio institucional’ para as ações de saúde mental, em outras áreas da SESAB esse dispositivo foi preservado e fortalecido. O RAG de 2011 confirmou a implantação de uma “equipe de apoio institucional, formada por técnicos e gestores da SESAB para apoiar os municípios no cumprimento das pactuações” em outras áreas da política de saúde (BAHIA, 2011c, p. 26); ou seja, a descontinuidade desse dispositivo organizativo afetou a gestão da saúde mental, mas não todas as demais áreas da SESAB.

Ao final desse ciclo, o estado da Bahia continuou sem a elaboração de um documento definidor da “Política Estadual de Saúde Mental”, conforme havia sido diagnosticado e demandado pela “Análise de Situação em Saúde” de 2008.

Nenhuma das Agendas Estratégicas de Saúde ou Programação Anual de Saúde definiu metas para articulação da saúde mental com a atenção básica e com os serviços de atenção às urgências e emergências. Os documentos da gestão desse ciclo são omissos em relação à questão crucial da reorientação do modelo de atenção em saúde mental que é exatamente a redução de leitos em hospitais psiquiátricos. Estes serviços permaneceram à margem do debate da reorganização da rede de saúde do estado, mesmo com a visível expansão de alguns serviços comunitários e com as várias edições do PNASH realizadas pouco tempo antes.

A SESAB é o ator institucional de maior responsabilidade sobre os hospitais psiquiátricos; na Bahia todos eles estão diretamente ligados a essa Secretaria. Qualquer mudança assistencial nesses serviços depende de uma tomada de decisão da SESAB que, certamente, deveria pactuar com os demais gestores do SUS. Como se viu em tópicos anteriores, o credenciamento de leitos e de hospitais psiquiátricos em Salvador só ocorreu por motivos exteriores ao planejamento tanto da SESAB quanto da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. O credenciamento de hospitais psiquiátricos não fez parte da agenda política dos gestores locais, mesmo depois de uma década de aprovação da Lei 10.216.

De todo modo, não se pode negligenciar a significativa redução de leitos psiquiátricos ocorrida nesse período. Em janeiro de 2008 a Bahia tinha 1.582 leitos em hospitais psiquiátricos, número que decresceu para 832 em dezembro de 2011, uma redução de 750 leitos, equivalendo a um decréscimo de 47,4% naquele intervalo de tempo. Por outro lado, segundo dados do CNES, o estado possuía uma rede com 175 CAPS habilitados em 141 diferentes municípios, chegando a 211 serviços quando computados os CAPS implantados e não habilitados. Já se tinha uma cobertura de 0,86 CAPS para cada 100.000 habitantes, como dito acima, situação que o Ministério da Saúde considerava “muito boa”.

O que se verificou foi a configuração de um modelo “híbrido, misto”, reproduzindo os mesmos impasses identificados no cenário nacional no que diz respeito à concepção do modelo, mas com o agravante da inexistência de uma instância de coordenação específica no âmbito da gestão local. Associada a isso, a ausência de uma diretriz estruturante localmente tornou a reorientação do modelo um processo repleto de lacunas. Seguindo o raciocínio do *triângulo de governo* de Carlos Matus (1996, p. 59), pode-se considerar que o ‘projeto de governo’ -ou o conteúdo propositivo da ação- permaneceu difuso no conjunto das demais políticas de saúde, não tendo merecido

atenção prioritária. A ‘governabilidade do sistema’ – ou a relação entre o que se controla e o que não se controla no processo de governo- caracterizou um governo com oscilações no que se refere à capacidade de controlar o processo de implantação das mudanças. A significativa capacidade de controle do sistema na primeira metade desse ciclo perdeu força na segunda metade. Houve mudanças na coordenação da Área Técnica de Saúde Mental como também na composição da própria equipe de apoiadores/as; além disso, o Núcleo de Apoio Institucional para saúde mental foi desarticulado na metade do ciclo de governo. Esse conjunto de fatores afetou diretamente a ‘capacidade de governo’, sobretudo no que diz respeito à capacidade de direção da implementação da política. Ferramentas de gestão como o Grupo Técnico de Rede e o Colegiado de Gestão em Saúde Mental existiram até 2009 e desapareceram dos relatórios dos anos seguintes.

Com base na matriz diagnóstica da RAPS, definida pela Portaria GM nº 3088/2011, verificou-se a continuidade de significativas lacunas, tais como: a baixa quantidade de CAPS nas grandes cidades - especialmente em Salvador, que tinha somente 18 serviços –, a baixa quantidade de CAPS AD e CAPS IA, a baixíssima quantidade de CAPS III e a ausência de ações de reabilitação/reinserção psicossocial como as cooperativas de geração de renda e centros de convivência. Além disso, verificou-se a expressiva insuficiência da oferta de ações de educação continuada e de educação permanente em saúde mental.

## **9.2 - Análise dos instrumentos de gestão de 2012 a 2015**

### *Plano Estadual de Saúde 2012-2015*

O PES do período 2012-2015 foi construído em 2011, primeiro ano da segunda gestão do governador Jaques Wagner. O documento foi elaborado pela equipe conduzida por Jorge José Santos Pereira Solla, que havia sido secretário de saúde durante todo o ciclo anterior do governo Wagner. Assim como ocorreu na eleição de 2007, o projeto político sagrado vitorioso no pleito eleitoral de 2011 da Bahia pertencia ao mesmo partido da presidenta da República, Dilma Vana Rousseff, eleita para suceder a Luiz Inácio Lula da Silva.

Diferente do PES anterior [2008-2011], o PES 2012-2015 foi construído pela mesma equipe que deu continuidade à sua execução; portanto, havia familiaridade com os problemas de saúde e com a execução da política de saúde do estado da Bahia. A

formulação desse “Plano” se deu em alinhamento com um conjunto de ações de planejamento das propostas e políticas de governo Wagner. Entre essas formulações, destaca-se o projeto “Pensar a Bahia –construindo o nosso futuro”, que instigou reflexões sobre o desenvolvimento da Bahia num horizonte dos 13 anos seguintes, tendo como horizonte temporal o ano de 2023. Nessa trajetória, surgiu o ‘Programa Bahia Saudável’ que apontou para a necessidade de fortalecimento da articulação intersetorial entre saúde, educação, desenvolvimento social, justiça e direitos humanos, trabalho, emprego e renda (BAHIA, 2012a, p. 20). Esses processos constituíram a base da *Agenda Estratégica de Saúde (AES) 2023*, que definiu os principais compromissos da gestão do SUS na Bahia e içou o conceito de saúde para um patamar além do debate sobre prevenção, cura e reabilitação, ao passo em que foi incorporada em seu horizonte epistemológico a perspectiva da *promoção da saúde* com um significado ampliado. De acordo com Bahia (2012a, p. 20)

no bojo da discussão do plano, construiu-se o projeto político do Governo do Estado para o período de 2011 a 2014, que aponta intervenções na área de vigilância, atenção básica, urgência e emergência, média e alta complexidade, cuidado por ciclos de vida e gênero, **saúde mental e tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas**<sup>199</sup>, promoção da equidade, humanização da atenção à saúde, gestão do sistema, gestão do trabalho e da educação em saúde, controle social, assistência farmacêutica, ciência e tecnologia.

No ‘Diagnóstico Situacional das Condições de Saúde da População’ do PES, fez-se uma análise das condições de saúde da população da Bahia, construída na perspectiva dos ciclos de vida e gênero, baseada numa adaptação de estudo de abordagens epidemiológicas do curso de vida. O texto evidenciou a constatação de que, em 2010, houve “uma redução de 60% nas internações por transtornos mentais e comportamentais em homens entre 20 e 39 anos de idade” (idem, p. 27), mas não se analisou se o motivo dessa redução estava associado ao crescente número de CAPS, ou a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos, ou ambos fatores. Em 2010 os transtornos mentais e comportamentais foram responsáveis por 0,9% das internações na Bahia; entre 2000 e 2010 esse grupo de agravos foi responsável por 0,8% dos óbitos no estado (idem, p. 42).

O tópico específico da “Atenção Psicossocial” fez alusão à Portaria GM nº 3088/2011; logo, o PES reconheceu os 7 componentes e os 15 pontos de atenção da RAPS que, na ocasião, não continha as Comunidades Terapêuticas, os hospitais

---

<sup>199</sup> Grifo meu

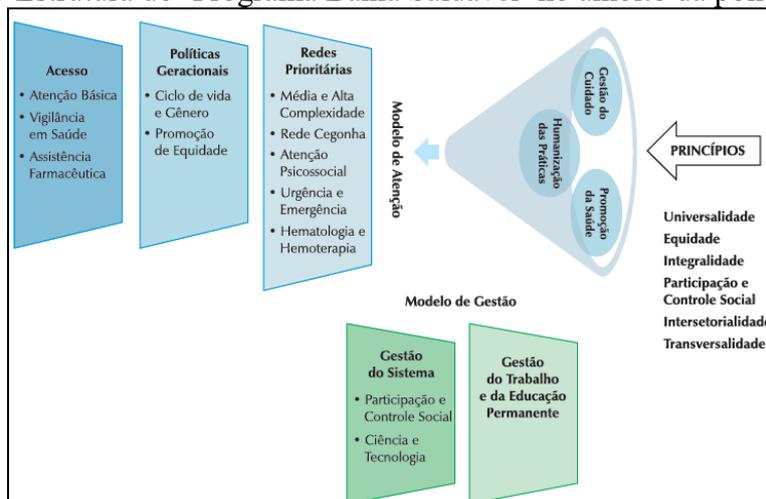
psiquiátricos e as equipes multiprofissional de atenção especializada em saúde mental. Essas inclusões foram iniciadas a partir de 2013.

Em 2011 a RAPS da Bahia tinha 183 CAPS em funcionamento (idem p. 81); 20 SRT distribuídos em 5 municípios, com 124 residentes/moradores; além disso, havia 115 beneficiários do “Programa de Volta para Casa”, residentes nos municípios de Barreiras, Brumado, Prado, Feira de Santana e Salvador.

As demandas da sociedade civil obtidas através das Conferências de Saúde e do Plano Plurianual-Participativo (PPA-P) apontaram para a necessidade de expansão da RAPS. A segunda diretriz desse PPA-P explicitou “a necessidade de ampliação, estruturação e regionalização [...], bem como a organização das Redes de Atenção à saúde com prioridade em Saúde Mental (Rede de Atenção Psicossocial) [...]” (idem, p. 103). Assim, essa diretriz estabeleceu o propósito de “expandir o acesso às ações e serviços de saúde com qualidade em todos os níveis de atenção, com práticas de cuidado pautadas na humanização, assegurando a integralidade, universalidade, equidade e resolutividade” (idem, p. 105), onde se definiu explicitamente a necessidade de “implantação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS-AD)” (idem, ibidem). No elenco dos problemas de saúde que deram base para a formulação das diretrizes do ‘Programa Bahia Saudável’, verifica-se o destaque para a “progressiva elevação da morbimortalidade da população pelo consumo excessivo de álcool e uso de drogas ilícitas, a exemplo da cocaína e do crack” (idem, p. 108). Desse modo, a segunda diretriz estratégica tem como oitavo objetivo o intuito de “promover a atenção integral às pessoas com transtorno mental e/ou usuário de crack, do álcool e de outras drogas no âmbito do SUS-BA” (idem, p. 111).

A concepção do ‘Programa Bahia Saudável’, base do PES 2012-2015, definiu as cinco redes prioritárias em saúde. A Rede de Atenção Psicossocial foi elevada à categoria das prioridades da gestão, conforme pode ser visto na figura abaixo. Essa foi a primeira vez que a rede de serviços de saúde mental apareceu como destaque no conjunto das políticas da gestão de saúde, uma década após a aprovação da Lei 10.216.

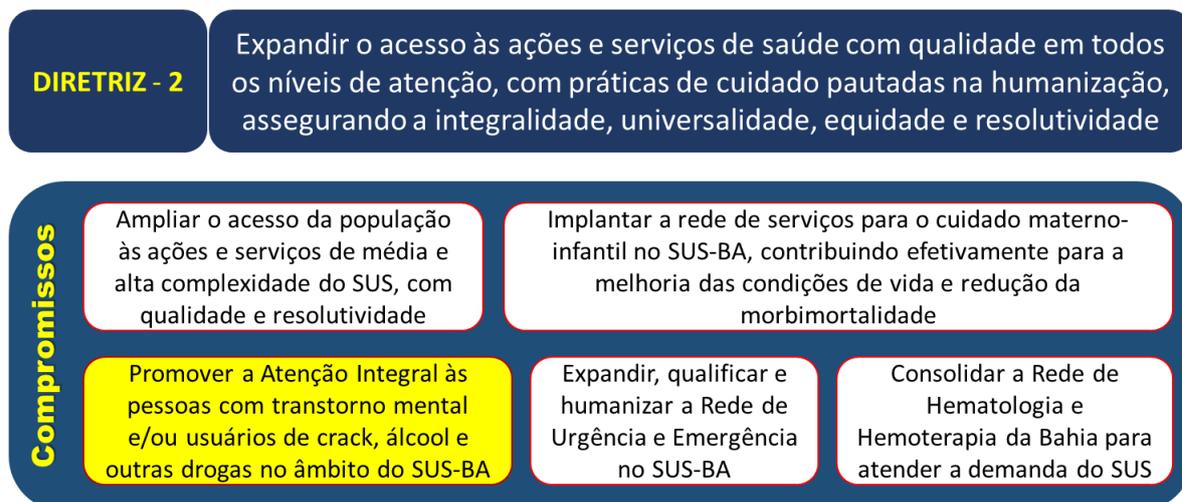
**Figura 12** - Estrutura do ‘Programa Bahia Saldável’ no âmbito da política de saúde



Fonte: Bahia. Plano Estadual de Saúde (2012a, p. 112)

O modelo de atenção à saúde e o modelo de gestão sistematizados na ‘Matriz Estratégica do SUS-BA 201-2015’ formaram o alicerce dos módulos operacionais do PES. Como se vê, a própria ‘Matriz’ inclui o cuidado em saúde mental entre seus principais compromissos, como demonstrado no destaque da figura abaixo.

**Figura 13** - Matriz Estratégica do SUS na Bahia 2012-2015



Fonte: Bahia. Plano Estadual de Saúde (2012a, p. 113)

O *Compromisso* 8 do PES tinha por fundamento “promover a atenção integral às pessoas com transtorno mental e/ou usuário de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do SUS-BA”

A promoção da saúde mental, o cuidado às famílias e às pessoas que apresentam sofrimento mental, a reintegração à sociedade, o enfrentamento do estigma e do preconceito, a garantia dos direitos sociais e do exercício da cidadania dos usuários da

RAPS foram assumidos como uma inflexão inadiável conforme registrado no PES. Para tornar exequível tais compromissos, esse documento propõe (idem, p. 128)

ampliar progressivamente as equipes de saúde mental para apoiar e dar suporte às Equipe de Saúde da Família, por meio dos NASF e dos CAPS, inclusive para o tratamento de crianças e adolescentes, com os Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPS-IA), associado à implantação de residências terapêuticas, de serviços para atendimento aos pacientes com transtorno mental grave (CAPS III) com atendimento 24 horas, à ampliação dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, além de aumentar as parcerias estabelecidas com a sociedade e realizar campanhas educativas que combatam o preconceito e favoreçam sua reinserção social.

De modo inovador, o PES considerou que a questão do aumento do consumo de drogas lícitas ou ilícitas não era somente uma agenda da segurança pública, mas também de saúde pública. Nesse sentido, assumiu-se o intuito de “fortalecer ainda mais a integração dos diversos setores do governo e as diversas parcerias estabelecidas com a sociedade para o enfrentamento do problema” (idem, ibdem). Estabeleceu-se o compromisso de ampliação do número de CAPS-AD, bem como a qualificação da atenção nos demais serviços de saúde. Além disso, considerou-se a necessidade de implantação de serviços hospitalares especializados para o cuidado às pessoas que usam substâncias psicoativas. Por fim, o PES (idem, ibdem) considerou ser necessário

fortalecer a saúde mental e promover a atenção integral e humanizada à saúde desta população e de seus familiares, visando a reorientação dos serviços de saúde, mediante a ampliação da rede de serviços, incremento do acesso à rede de saúde, qualificação da atenção prestada, com identificação das necessidades de cuidado, bem como de profissionais para a assistência e com iniciativas que promovam o desenvolvimento de habilidades pessoais e do autocuidado. A rede de Saúde Mental deve estar articulada e integrada com toda a rede assistencial (Atenção Básica, Especializada e Urgência/Emergência), pautada nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e na acreditação para a qualificação da rede, participando da gestão do cuidado e da regulação dos serviços de referência, além da produção de informação em saúde que deve também estar articulada com a vigilância em saúde.

Se, por um lado, demonstra ousadia e inovação na compreensão da amplitude de uma política de saúde mental, por outro lado, nesse documento novamente não há sinalização explícita sobre o rumo dos hospitais psiquiátricos existentes. Desse mesmo modo, não há informações sobre ações relacionadas à educação permanente em saúde mental.

## **Quadro 12 - Plano Estadual de Saúde 2012-2015**

PES 2012-2015	
<b>Metas:</b>	
1 - Ampliar em 10% a disponibilidade de CAPS, com prioridade para os CAPS-AD e CAPS III;	

2 - Ampliar 10% os leitos hospitalares da rede própria da SESAB destinados ao tratamento de usuários de <i>crack</i> , álcool e outras drogas;	
3 - Ampliar em 20% os leitos de atenção integral em saúde mental na rede SUS-BA;	
4 - Obter 20% dos CAPS desenvolvendo ações de inclusão por meio da Economia Solidária.	
<b>Compromisso 8</b>	Promover a atenção integral às pessoas com transtorno mental e/ou usuário de <i>crack</i> , álcool e outras drogas no âmbito do SUS-BA.
<b>Ação Estratégica</b>	<b>Entregas/Iniciativas</b>
<b>8.1 Desenvolvimento da Atenção à Saúde Mental</b>	Rede de Atenção à saúde mental organizada segundo diretrizes da Portaria n.º 3.088/11;
	CAPS-IA Estadual implantados
	Atenção Integral em Saúde Mental em Hospitais Gerais ampliada;
	Ações de inclusão social por meio da Economia Solidária implantadas;
	Diagnóstico das Comunidades Terapêuticas do Estado realizado;
<b>8.2 Desenvolvimento da Atenção aos usuários de <i>crack</i>, álcool e outras drogas</b>	Práticas Integrativas e Complementares (PIC) para a saúde mental implantadas.
	Casas de acolhimento transitório regionais implantadas;
	CAPS-AD implantados;
	Serviços Hospitalares de referência implantados para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas
	Profissionais das áreas de saúde, assistência social e educação qualificados para atenção à saúde mental e aos usuários de <i>crack</i> , álcool e outras drogas.

Fonte: Bahia. Plano Estadual de Saúde (2012a, p. 129)

A dotação orçamentária prevista para todas as ações relacionadas à saúde mental era de R\$ 2.990.000,00 naquele ciclo. Das 10 ações previstas, somente 4 foram parametrizadas. Como indicadores para monitoramento e avaliação dessas ações, o PES definiu a observância dos seguintes aspectos:

- (1) Percentual de ampliação de CAPS, com prioridade para os CAPS-AD e CAPS III;
- (2) Percentual de leitos hospitalares da rede própria estadual disponíveis para o tratamento de usuários de *crack*, álcool e outras drogas;
- (3) Percentual de leitos de atenção integral em saúde mental na rede SUS-BA;
- (4) Percentual de CAPS do Estado desenvolvendo ações de inclusão por meio da Economia Solidária.

Nesse período, a menção ao ‘crack’ passou a ganhar destaque nos debates relacionados à política sobre drogas no Brasil e na Bahia. Mais que isso, a referência a essa substância passou a aparecer antes mesmo do significante ‘álcool’, que historicamente tem prevalência epidemiológica num patamar muito superior comparado ao uso das demais substâncias psicoativas. O II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil de 2005 (CEBRID, 2006), última referência epidemiológica daquele ano, detectou que a prevalência do uso de álcool no Brasil era de 74,6% (uso na vida por pessoas com idade acima de 16 anos), o tabaco havia sido usado por 44% da população enquanto que o crack havia sido usado ao menos uma vez na vida por 0,7% da população. O uso de álcool era estatisticamente cem vezes superior

ao uso do crack; mesmo assim, o pânico moral que orbitou sobre o tema fez com que o crack passasse a ocupar a agenda política desde 2011, ano em que o Decreto nº 7.637 do Governo Federal comprimiu todo o amplo debate sobre drogas afunilando-o no denominado ‘Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas’, popularmente conhecido como “Plano *Crack, é possível vencer*”, cuja previsão era de uma política quadrienal. O ‘crack’ passou a ser parte importante do discurso do Governo do Estado, quase sempre na perspectiva proibicionista.

### *Programação Anual de Saúde de 2012*

A Programação Anual de Saúde de 2012 apresentou duas metas com previsão de 10 produtos relacionados à política de saúde mental, sendo que 4 desses produtos estavam relacionados especificamente ao tema das substâncias psicoativas.

### **Quadro 13 - Programação Anual de Saúde 2012**

<b>Compromisso 8: Promover a Atenção Integral às pessoas com transtorno mental e/ou usuários de crack, álcool e de outras drogas no âmbito do SUS –BA</b>			
<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>	<b>Entrega</b>	<b>Indicador</b>
<b>8.1 Desenvolvimento da Atenção à Saúde Mental</b>	Beneficiar 08 municípios	Rede de Atenção à saúde mental organizada segundo diretrizes da Portaria nº. 3.088/11	(sem referência)
		Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPS – IA) Estadual implantados	Percentual de ampliação da disponibilidade de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, com prioridade para os CAPS AD (álcool e outras drogas) e CAPS III
		Atenção Integral em Saúde mental em Hospitais Gerais ampliada	Percentual de leitos de atenção integral em saúde mental na rede SUS – Bahia
		Ações de inclusão social por meio da Economia Solidária implantadas	Percentual de CAPS do Estado desenvolvendo ações de inclusão por meio da Economia Solidária.
		Diagnóstico das comunidades terapêuticas do Estado realizado	(sem referência)
		Práticas Integrativas e Complementares (PIC) para a saúde mental implantadas	(sem referência)
<b>8.2 Desenvolvimento da Atenção aos Usuários de Crack, Álcool e outras Drogas</b>	Beneficiar 01 município	Casas de acolhimento transitório regionais implantadas	(sem referência)
		Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS – AD) implantados	(sem referência)
		Serviços Hospitalares de referência implantados para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas	Percentual de leitos hospitalares da rede própria estadual destinados ao tratamento de usuários de crack, álcool e outras drogas
		Profissionais das áreas de saúde,	(sem referência)

		assistência social e educação qualificados para atenção à saúde mental e aos usuários de crack, álcool e outras drogas	
--	--	--	--

**Fonte:** Bahia, Programação Anual de Saúde (2012b, p. 16)

A PAS 2012 repetiu textualmente todos os compromissos e metas apresentados no PES 2012-2015. As metas previstas foram numericamente baixas e as ‘entregas’ preconcebidas foram genéricas na intenção. Das 10 entregas previstas, apenas 4 possuíam algum indicador que permitia monitoramento.

#### *Análise do Relatório Anual de Gestão de 2012*

De acordo com o RAG 2012, três importantes ações aconteceram naquele ano: 1) ampliação da oferta de serviços com a habilitação de 8 novos CAPS; 2) implantação de um CAPS-Ad em Salvador, numa parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Bahia (CAPS-Ad Gregório de Matos); 3) parceria com a Organização Não-Governamental italiana *Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau* e com a OMS para capacitação de 58 profissionais para aplicação do instrumento *WHO Quality Rights Project*, que integrava a etapa inicial do projeto “Saúde Mental Comunitária” (BAHIA, 2012c, p. 66).

Os novos CAPS I foram implantados em Crisópolis, Gandu, Itacaré, Luiz Eduardo Magalhães, Oliveira dos Brejinhos, Presidente Jânio Quadros, Rio do Antônio, Utinga. Além desses, ocorreu a implantação do CAPS-AD Gregório de Matos em Salvador e do CAPS-IA em Vitória da Conquista. Com esses novos serviços as metas previstas para o ano foram alcançadas.

O RAG registrou a existência de 196 CAPS implantados. O CNES confirmou a existência de 189 CAPS habilitados naquele ano (ver gráfico 24 acima). A meta da SESAB era alcançar 0,90 CAPS por 100.000 habitantes; esse relatório informou que o resultado alcançado em 2012 havia superado a meta prevista tendo chegado a marca de 1,06 CAPS por 100.000 habitantes.

No que diz respeito à atenção hospitalar, o RAG (idem, p. 67) afirmou que o Ministério da Saúde estava analisando a “implantação de 15 leitos no Hospital Universitário Professor Edgar Santos - HUPES, em Salvador”. Na prática, esse serviço já existia desde 1953, mas não estava habilitado segundo as determinações da Portaria GM nº 148/2012. Portanto, não se tratava de um ‘novo serviço’, mas apenas a adequação formal de um serviço já existente.

O RAG não apresentou informações sobre a ‘entrega’ dos demais ‘produtos’ previstos: a) diagnóstico das Comunidades Terapêuticas; b) implementação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) para a saúde mental; c) implantação das casas de acolhimento transitório regionais; d) educação permanente/ qualificação dos profissionais da saúde, da assistência social e da educação para atenção aos usuários da rede de saúde mental.

Nesse relatório não há registros sobre a redução de leitos nos hospitais psiquiátricos do SUS. Como demonstrado no gráfico 18 acima, de acordo com os dados do CNES, entre 2011 e 2012 houve uma pequena redução de leitos em hospitais psiquiátricos [código 47] na ordem de 34 unidades.

Diante da relevância que a temática do uso de drogas passou a ter nos meios de comunicação e na agenda política nacional, alguns significativos avanços ocorreram em âmbito estadual. Além da implantação do CAPS-AD Gregório de Matos, o Governo do Estado instituiu em Salvador o primeiro Centro de Convivência, que passou a ser chamado de “Ponto de Encontro”. Esse serviço foi fruto da mobilização do capital político do grupo de ação social ‘Voluntárias Sociais’, numa parceria com o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD). Foi realizada uma articulação com a Secretaria de Educação do Estado, Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia, Tribunal de Justiça da Bahia e Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos - SJCDH. O Governo do Estado e o Tribunal de Justiça financiaram a atividade e o CETAD assumiu a execução do projeto.

No âmbito do debate sobre drogas, houve um cenário de significativo acúmulo de esforços institucionais para dar visibilidade e centralidade ao tema. No aspecto da formação, a Bahia passou a ter cinco Centros Regionais de Referência em Educação Permanente em Políticas sobre Drogas (CRR), um potente dispositivo de formação vinculados às Instituições de Ensino Superior públicas<sup>200</sup>. Os CRR faziam parte de um dos eixos do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, iniciado pelo Decreto nº 7.179/2010 do governo Lula e redimensionado pelo Decreto nº 7.637 de dezembro de 2011, já no governo Dilma. Os CRR tinham por fundamento a formação de profissionais de diferentes serviços e redes (saúde, assistência social, educação,

---

<sup>200</sup> Universidade Federal da Bahia – CETAD (UFBA)  
Universidade Federal da Bahia – Aliança Redução de Danos (UFBA)  
Universidade Estadual da Bahia (UNEB)  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)  
Universidade Estadual de Santa Cruz da Bahia (UESC)

segurança e justiça) que atuavam na atenção integral de usuários de drogas, bem como no acolhimento de familiares e demais pessoas diretamente envolvidas ou impactadas pelo uso de substâncias psicoativas. Através de cursos, fóruns e workshop, cada CRR tinha potencial de formação para um público variável de 500 a 1.000 pessoas por ano. Mesmo com esse expressivo potencial, não há registros no RAG de nenhuma articulação com esses Centros de formação, não consta nenhuma articulação com a Escola de Saúde Pública da Bahia (ESPBA). O Financiamento dos CRR e a relação oficial era estabelecida com a SENAD do Ministério da Justiça, mas a orientação era para que houvesse integração com as políticas locais. Nesse caso, flagrantemente ocorreu uma visível desarticulação entre políticas vinculadas ao gestor federal e políticas vinculadas ao gestor estadual. Com a contrarreforma psiquiátrica iniciada em 2015, houve desmantelamento dessa rede de formação que ainda estava em processo de constituição.

No *zeitgeist* do debate sobre drogas que marcou o início da década, em maio de 2012 o Governo do Estado da Bahia instituiu a “Política Estadual Sobre Drogas”, por meio da Resolução 001 de 18 de maio de 2012, do Conselho Estadual de Entorpecentes (CONEN), órgão vinculado à Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SCDH). A SESAB foi uma das secretarias que contribuíram para a formulação da política, que teve um formato intersetorial. Mesmo nunca tendo havido a formulação de um documento definidor da política estadual de saúde mental, o debate sobre drogas ganhou destaque e espaço na agenda das prioridades do Governo do Estado naquela ocasião. Essa iniciativa foi gestada durante a execução de uma macropolítica estadual denominada “Pacto Pela Vida”, que buscava reduzir indicadores de violência e criminalidade na Bahia.

A “Política Estadual Sobre Drogas” estabeleceu as balizas estruturais para organização das planos, programas, projetos, ações, serviços e intervenções para as diferentes secretarias do Governo do Estado, fundamentalmente para a Secretaria Estadual de Saúde que, juntamente com a Secretaria de Assistência Social, passou a ser responsável pela gestão do cuidado às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. Essa Política está baseada nos princípios da equidade, proteção social e integralidade. Mesmo tendo um eixo relacionado à questão da segurança pública, três dos cinco eixos temáticos estão relacionados ao cuidado em saúde, são eles: 1) prevenção; 2) tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional; 3) redução de riscos e danos sociais e à saúde. Entre os “Princípios Estruturantes” dessa ‘Política’, há

o pacto de assimilação dos princípios do SUS e, em específico, da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Assim, assume-se o compromisso de que:

- as políticas públicas sobre álcool e outras drogas devem seguir os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS (universalidade, equidade, integralidade e participação popular), assim como devem seguir os princípios do Sistema Único da Assistência Social – SUAS (universalidade, territorialidade, integralidade, descentralização e proteção social);
- as políticas e intervenções de assistência e tratamento ao usuário de drogas devem estar comprometidas com as necessidades dos usuários, na perspectiva de garantia dos seus direitos, a partir dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. (BAHIA, 2012d, p. 13)

No aspecto epistemológico, o Plano Estadual sobre Drogas busca sustentação numa compreensão ampliada e complexa para interpretação do fenômeno em questão. Buscou-se uma compreensão multifatorial, considerando aspectos sociais, culturais, históricos, econômicos, sanitários e de segurança pública. Além disso, considerou-se as dimensões comunitárias, familiares, afetivas, subjetivas, entre outras. Não há no texto nenhuma indicação de modelo e/ou quantidade de serviços ofertados. O documento orientador é conceitual; nele há um conjunto de diretrizes que confeririam a identidade das ações do Governo do Estado.

Em nenhum dos instrumentos de gestão da SESAB (PES, PAG, RAG) do ano de 2012 se fez menção à “Política Estadual sobre Drogas”. Não há registros oficiais de avaliação dessa política.

Entre 2012 e 2021 houve pouca evolução do número de CAPS AD e CAPS AD III. Nesse período, foram habilitados apenas 5 serviços, segundo dados do CNES, como pode ser visto na tabela abaixo. Na média, um novo CAPS AD (tipo II ou III) a cada dois anos.

**Tabela 44** - Série histórica da habilitação de CAPS AD (tipo II e III) na Bahia de 2012 a 2021

Habilitação	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>CAPS AD</b>	17	17	17	16	18	18	18	18	18	17
<b>CAPS AD III</b>	1	1	3	4	4	4	5	6	6	6
<b>Total</b>	18	18	20	20	22	22	23	24	24	23

Fonte: CNES (2021) <sup>201</sup>

<sup>201</sup> CNES - Estabelecimentos por Habilitação – Bahia. Qt. de Estabelecimentos Habilitados por Habilitação e Ano/mês de competência. Habilitação: CAPS álcool e drogas, CAPS álcool e drogas III'. Período: dez/2012-dez/2021. Acessado em 02/02/2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/habBA.def>

Por outro lado, a evolução da “Política Estadual sobre Drogas”, a partir de 2013, foi a janela de oportunidade político-administrativa para o credenciamento das 13 Comunidades Terapêuticas vinculadas à SUPRAD da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social do Governo de Bahia, período em que a SESAB implantou apenas 1 CAPS-AD com financiamento estadual. Isso revela que, na prática, a energia administrativa do Governo do Estado, incluindo a SESAB, priorizou o modelo de atenção centrado nas instituições de reclusão, mesmo com todo progresso conceitual/epistemológico contido no texto dessa “Política” para o tema das drogas.

### *Programação Anual de Saúde de 2013*

A PAS de 2013 repetiu integralmente a mesma formulação do documento de 2012 (ver quadro 14 acima). As 2 metas e as 10 ‘entregas’ foram reeditadas. Comparando com o texto de 2012, a única pequena modificação ocorreu na meta da ação “8.1 Desenvolvimento da Atenção à Saúde Mental” cuja previsão de municípios beneficiados subiu de 8 para 9. A ação 8.2 -“Desenvolvimento da Atenção aos Usuários de Crack, Álcool e outras Drogas”- permaneceu exatamente com a mesma previsão de beneficiar apenas 1 município (BAHIA, 2013a, p. 15). Na descrição da execução das metas físicas do ‘compromisso 8’ há uma pequena divergência numérica. O RAG (idem, p. 220) informou que a ação de “Desenvolvimento da Atenção à Saúde Mental” foi realizada em 13 municípios, e não em 9, como informado em trechos iniciais do documento. O mesmo aconteceu com a ação “Desenvolvimento da Atenção aos Usuários de Crack, Álcool e outras Drogas” que, segundo o RAG (idem, ibidem), teria ocorrido em 7 municípios, diferindo do dado anterior que informava somente 1 município. Não há informações sobre essa divergência.

Novamente não há informações sobre o destino dos hospitais psiquiátricos, bem como não há informações sobre processos de organização da RAPS, arranjos e articulações entre as regiões. O documento também não apresentou quais eram os indicadores relativos às demais ‘entregas’ previstas.

### *Análise do Relatório Anual de Gestão de 2013*

O RAG de 2013 informou que a SESAB apoiou municípios nos processos de implantação e funcionamento dos CAPS, bem como assessorou na construção dos ‘Planos de Ação Regionais (PAR)’ de 29 municípios que estavam implantando redes de serviços (BAHIA, 2013b, p. 132). Segundo o Relatório, “foram aprovadas as diretrizes

da RAPS e metodologia de trabalho para elaboração dos desenhos regionais da rede e cinco planos de ação regional dos municípios de Seabra, Senhor do Bonfim, Serrinha, Paulo Afonso e Irecê, foram elaborados e aprovados” (idem, ibidem); os planos regionais das macrorregiões de Jacobina, Barreiras e Teixeira de Freitas entraram em análise, mas não foram finalizados naquele ano.

Na base de dados da SESAB, a Bahia tinha 200 CAPS implantados em 2013, sendo 137 CAPS tipo I, 34 CAPS tipo II, 03 CAPS tipo III, 17 CAPS-AD e 09 CAPS IA. Considerando esse dado, houve implantação de apenas 6 CAPS em relação ao ano anterior. Novamente ocorreu uma pequena divergência comparando com os dados do CNES uma vez que nessa base de dados registrou-se 203 CAPS habilitados e 233 em funcionamento no diagnóstico daquele ano. Além dos CAPS, o CNES registrava a existência de 733 leitos em hospitais psiquiátricos, 65 a menos na comparação com o ano anterior. Essa diminuição de leitos não apareceu no RAG.

Em 2013, o Governo do Estado renovou a parceria com a UFBA para manutenção do CAPS-AD Gregório de Matos, um serviço de caráter docente-assistencial. Houve também a renovação da manutenção do Centro de Convivência “Ponto de Encontro”, que passou a ser gerenciado pelas Obras Sociais Irmã Dulce, gestão anteriormente realizada pelo CETAD. Foi aprovado em CIB o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas nos municípios de Ilhéus, Seabra, Jequié, Luís Eduardo Magalhães e Vitória da Conquista. A SESAB estimou implantar 29 leitos em hospitais gerais nessas cidades. Como visto na tabela 19 acima, na Bahia só existem quatro municípios com leitos de saúde mental [código 87]. Dessas cinco cidades listadas no RAG, há leitos de saúde mental habilitados apenas em Ilhéus, e mesmo assim os leitos ainda não estão disponíveis para o SUS, segundo o CNES. Em Seabra há leitos com perfil de hospital-dia [código 73] habilitados no Hospital Regional da Chapada. Os leitos habilitados em Jequié estão credenciados como ‘leitos psiquiátricos’ [código 47] e já existiam antes de 2013. Os leitos existentes em Luiz Eduardo Magalhães estão habilitados num CAPS III e numa UA. Os leitos de Vitória da Conquista também são caracterizados como leitos psiquiátricos, embora tenham sido deslocados do hospital psiquiátrico para o hospital geral, no ano de 2017. Em suma, a expectativa dos 29 leitos nos cinco municípios destacados não condiz com os dados registrados no CNES para o ano de 2013.

O Hospital Especializado Lopes Rodrigues (em Feira de Santana) retomou o processo de desinstitucionalização. Naquele ano ocorreu a transferência de 08 moradores ao todo, 04 deles voltaram para suas famílias de origem e outros 04 foram inseridos em SRT da região<sup>202</sup>.

Por meio da Resolução CIB nº 39/2013, a Comissão Intergestores Bipartite da Bahia aprovou metodologia de trabalho para elaboração dos desenhos regionais da RAPS estadual ou o “Plano de Ação Regional” (PAR). Essa resolução estabeleceu como princípios da RAPS “a Descentralização e Hierarquização da Assistência na busca da Integralidade, a Universalização do acesso com Resolutividade e a Humanização com Qualidade” (BAHIA, 2013c, p 79). O art. 4º prevê a implantação da RAPS nas 28 microrregiões de saúde do estado a partir das seguintes diretrizes:

- a) Regionalização da Rede de Atenção Psicossocial de modo a proporcionar o acesso às ações e serviços de saúde mental, articulando pontos de atenção municipais e regionais como também de outros setores na região de saúde;
- b) Desinstitucionalização através da redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e a reinserção social dos pacientes asilados destas instituições;
- c) Diversificação das estratégias de cuidado tendo em vista a implementação da RAPS a partir da implantação e articulação de componentes estruturantes nos municípios ou regiões de saúde: Atenção Básica, Atenção Especializada e Urgência e Emergência;
- d) Desenvolvimento de ações de qualificação através da estratégia da Educação Permanente, buscando o fortalecimento do CAPS enquanto serviço estratégico e a garantia da participação efetiva dos trabalhadores dos diferentes pontos de atenção da rede na implantação da RAPS;
- e) Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho;
- f) Participação e Controle Social dos usuários sobre os serviços. (idem, ibdem)

Possivelmente essa resolução é a que mais se aproxima da sistematização de uma “política” de saúde mental para a Bahia. Explicitamente o segundo item das diretrizes orienta a “desinstitucionalização através da redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e a reinserção social dos pacientes asilados destas instituições”; por outro lado, as demais diretrizes apontam para a expansão da rede de serviços comunitários. Desse modo, os dois fundamentos da reorientação do modelo assistencial foram contemplados: redução de leitos em hospitais psiquiátricos e ampliação da rede de serviços comunitários.

Os PAR foram a grande aposta de formulação de um sistema de organização e gestão com arranjos regionais para a RAPS. Das 28 microrregiões de saúde da Bahia,

---

<sup>202</sup> Dados extraídos da apresentação da direção do Hospital Especializado Lopes Rodrigues na IV reunião da Comissão Interinstitucional para Planejamento das Ações de Desinstitucionalização (CIPAD) no Estado da Bahia, ocorrida na SESAB em 23/05/2017.

16 tiveram seus PAR aprovados pela CIB; outras 12 microrregiões não conseguiram aprovar seus planos. Há de se destacar que as 3 maiores microrregiões de saúde do estado não finalizaram seus planos regionais: a microrregião de Salvador (9 municípios), a microrregião de Feira de Santana (28 municípios) e a microrregião de Vitória da Conquista (19 municípios). Além delas, as microrregiões de Juazeiro (9 municípios) e de Ilhéus (8 municípios) também não conseguiram aprovar o PAR. Isso implica dizer que as regiões de saúde sediadas nos 5 maiores municípios do estado não finalizaram o ‘Plano de Ação Regional’ para a RAPS. Importa dizer que ainda existem hospitais psiquiátricos em 3 das 5 microrregiões que estão com essa pendência: Salvador, Feira de Santana e Juazeiro. O processo de formulação dos PAR foi descontinuado e desde 2015 não há registro de novas aprovações pela CIB.

Embora a diretriz 5 da Resolução CIB nº 38/2013 determine a necessidade de “monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho”, nenhum instrumento de gestão da SESAB apresentou dados sobre monitoramento da evolução dos PAR já aprovados. A demanda de monitoramento e avaliação reapareceu como o 7º eixo do “Plano de Desinstitucionalização da Bahia” em 2018, e mesmo assim permanece não executada.

O quadro abaixo apresenta a situação de cada microrregião de saúde da Bahia em relação aos PAR. Os dados foram extraídos dos anexos do ‘Plano de Desinstitucionalização da Bahia’.

**Quadro 14 - Regiões de Saúde com PAR aprovado em CIB e as pactuações existentes**

MACRORREGIÃO	MICRORREGIÃO	Situação do PAR	Ano de aprovação PAR
NORTE	Juazeiro	Não aprovado	--
	Paulo Afonso	Aprovado	2013
	Senhor do Bomfim	Aprovado	2013
NORDESTE	Alagoinhas	Não aprovado	--
	Ribeira do Pombal	Não aprovado	--
CENTRO-NORTE	Irecê	Aprovado	2013
	Jacobina	Aprovado	2014
SUL	Ilhéus	Não aprovado	--
	Itabuna	Aprovado	2015
	Jequié	Aprovado	2014
	Valença	Não aprovado	--
EXTREMO SUL	Porto Seguro	Aprovado	2014
	Teixeira de Freitas	Aprovado	2014

OESTE	Barreiras	Aprovado	2013
	Ibotirama	Não aprovado	--
	Santa Maria da Vitória	Aprovado	2013
SUDOESTE	Brumado	Não aprovado	--
	Guanambi	Não aprovado	--
	Itapetinga	Aprovado	2014
	Vitória da Conquista	Não aprovado	--
LESTE	Camaçari	Não aprovado	--
	Cruz das Almas	Aprovado	2014
	Salvador	Não aprovado	--
	Santo Antônio de Jesus	Aprovado	2014
CENTRO-LESTE	Feira de Santana	Não aprovado	--
	Itaberaba	Aprovado	2014
	Seabra	Aprovado	2013
	Serrinha	Aprovado	2013

Fonte: Bahia, Plano de Desinstitucionalização (2018)

#### *Programação Anual de Saúde de 2014*

Com base no ‘Compromisso 8’ do PES 2012-2015, que preconizava “promover a atenção integral às pessoas com transtorno mental e/ou usuário de *crack*, álcool e de outras drogas no âmbito do SUS-BA”, a PAS 2014 apresentou um elenco de 23 metas desdobradas a partir de 9 das 10 entregas previstas no ‘Planejamento’ para o quadriênio. Pela primeira vez, a redução de leitos em hospitais psiquiátricos apareceu textualmente como meta. Além da implantação de novos CAPS, previu-se a requalificação de alguns CAPS existentes, que corresponde tecnicamente à transformação do serviço tipo II em serviço tipo III. Com base nas modificações da Portaria GM nº 3088/2011, considerou-se a implantação de leitos em hospitais gerais e a implantação de UA como diversos recursos para hospitalidade e acolhimento na situações que demandam intensificação de cuidado, mas que o cuidado deve ser ofertado em espaços que preconizem a curta permanência.

Outra vez reapareceu no planejamento da gestão o compromisso com a qualificação/formação de pessoal; em especial, deu-se ênfase à atenção hospitalar e às PIC’s. Portanto, ao menos em relação ao ‘planejamento’, houve uma diversificação das entregas e metas previstas, como pode ser visto no quadro abaixo.

**Quadro 15 - Programação Anual de Saúde 2014**

<b>Compromisso 8 – Promover a atenção integral às pessoas com transtorno mental e/ou usuário de crack, álcool e de outras drogas no âmbito do SUS-BA.</b>			
<b>Ação Estratégica</b>	<b>Entrega</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
<b>8.1 Desenvolvimento da Atenção à Saúde Mental</b>	Rede de Atenção à saúde mental organizada segundo diretrizes da Portaria nº. 3.088/11	Reduzir o nº de leitos hospitalares em Hospitais Psiquiátricos (6%)	(sem referência)
		Apoiar a ampliação de serviços substitutivos de saúde mental (14 Unidades) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoiar a ampliação de CAPS I.....(03 serviços)</li> <li>• Apoiar a ampliação de CAPS III.....(01 serviços)</li> <li>• Apoiar a ampliação de CAPS AD III.....(02 serviços)</li> <li>• Apoiar a ampliação de CAPS IA.....(01 serviços)</li> <li>• Apoiar a ampliação de Casas de Acolhimento Transitório.....(02 serviços)</li> <li>• Apoiar a ampliação de SRT.....(04 serviços)</li> <li>• Apoiar a ampliação de Serviços Hospitalares de Referência/ Enfermarias Especializadas...(01 serviços)</li> </ul>	Percentual de ampliação da disponibilidade de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, com prioridade para os CAPS AD (álcool e outras drogas) e CAPS III
		Beneficiar municípios (10)	(sem referência)
	Atenção Integral em Saúde mental em Hospitais Gerais ampliada	Implantar a atenção integral em Saúde Mental em hospitais (02 serviços)	Percentual de leitos de atenção integral em saúde mental na rede SUS – Bahia
		Qualificar os profissionais dos hospitais gerais para a atenção integral em saúde mental (40)	(sem referência)
		Implantar leitos de atenção integral em saúde mental em hospitais gerais da rede própria (04)	Percentual de leitos de atenção integral em saúde mental na rede SUS – Bahia
	Ações de inclusão social por meio da Economia Solidária implantadas	Beneficiar 13 municípios com empreendimentos solidários em saúde mental	Percentual de CAPS do Estado desenvolvendo ações de inclusão por meio da Economia Solidária.
		Desenvolver oficinas para fomentar a inclusão social por meio da Economia Solidária em 03 macrorregiões	(sem referência)
	Diagnóstico das comunidades terapêuticas do Estado realizado	Realizar o diagnóstico das comunidades terapêuticas do estado	(sem referência)
	Práticas Integrativas e Complementares (PIC) para a saúde mental implantadas	Realizar 01 oficina de PIC para técnicos da área técnica de saúde mental da SESAB	(sem referência)
<b>8.2</b>	Casas de acolhimento transitório	Apoiar a implantação 02 Casas de Acolhimento	(sem referência)

<b>Desenvolvimento da Atenção aos Usuários de Crack, Álcool e outras Drogas</b>	regionais implantadas	Transitório	
	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS – AD) implantados	Reclassificar para CAPS ad III.....(01 Serviço)	(sem referência)
		Implantar <b>03</b> CAPS AD	(sem referência)
		Beneficiar <b>06</b> municípios	(sem referência)
	Serviços Hospitalares de referência implantados para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas	Apoiar a implantação de <b>01</b> Serviço Hospitalar de Referência AD.	Percentual de leitos hospitalares da rede própria estadual destinados ao tratamento de usuários de crack, álcool e outras drogas
Profissionais das áreas de saúde, assistência social e educação qualificados para atenção à saúde mental e aos usuários de crack, álcool e outras drogas	Capacitar profissionais para atenção à saúde mental aos usuários de crack, álcool e outras drogas, em <b>02</b> macrorregiões do estado	(sem referência)	

**Fonte:** Bahia. Programação Anual de Saúde (2014a, p. 28)

*Análise do Relatório Anual de Gestão de 2014*

O RAG 2014 informa que a ‘ação 8.1’ [Desenvolvimento da Atenção à Saúde Mental] beneficiou 18 municípios, enquanto que a ‘ação 8.2’ [Desenvolvimento da Atenção aos Usuários de Crack, Álcool e outras Drogas] beneficiou outros 6 municípios. Ao final do ano, a SESAB tinha registro de 216 CAPS implantados distribuídos em todas as regiões de saúde do Estado, sendo: 149 CAPS I; 35 CAPS II; 03 CAPS III; 10 CAPS IA; 17 CAPS AD e 02 CAPS AD III. Essa conta apresenta um incremento de 16 serviços em relação ao apresentado no RAG do ano anterior (BAHIA, 2014b, p. 212).

A SESAB ofereceu apoio técnico aos 06 municípios que aderiram ao “Plano Crack, é possível vencer”. Além disso, houve fortalecimento dos Grupos de Trabalho (GT RAPS) das microrregiões de: Itabuna, Barreiras, Teixeira de Freitas, Juazeiro, Salvador, Alagoinhas, Cruz das Almas e Irecê (idem, p. 213).

Até aquele ano, 15 microrregiões de saúde haviam conseguido aprovação dos PAR, equivalendo a 53,57% do total das regiões de saúde existentes na Bahia. Com base na previsão estabelecida para o ano, a meta de ampliação de serviços substitutivos (CAPS e SRT) foi alcançada (idem, ibdem).

Em relação ao ‘Programa Estadual Pacto Pela Vida’ e o ‘Plano Crack é Possível Vencer’ houve tratativas para implantação de equipamentos de saúde em Salvador, Camaçari, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Juazeiro, Itabuna.

Por meio de web conferências, ao longo do ano realizou-se qualificação profissionais sobre atenção ao uso de álcool, crack e outras drogas para todas as Regiões de Saúde do Estado. Não há dados sobre o número de pessoas participantes. Além disso, ainda em relação à educação permanente em saúde mental, foram realizadas as seguintes ações (idem, p. 214):

- Encontro dos CAPS IA da Bahia com o tema “O cuidado de crianças e adolescentes em uso de substâncias psicoativas nos CAPS infantis”;
- Seminário “Educação Popular Pluriétnica: Saúde Mental e Redução de Danos”;
- Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares da RAPS em parceria com a Universidade da Reconstrução Ancestral Amorosa (UNIRAAM), situação em que ocorreram 20 oficinas das quais participaram trabalhadores, usuários dos serviços de saúde mental, representantes dos movimentos sociais e comunidade em geral.
- Qualificação em álcool e outras drogas, via web conferências, sobre “Práticas de Cuidado em Atenção ao Uso de Drogas”, “Manejo da Crise” e “Redução de Danos” para profissionais da Atenção Básica, dos CAPS e parceiros da Assistência Social e Educação, numa parceria com o CAPS AD Gregório de Mattos.

- Participação no projeto de formação “Projeto Caminhos do Cuidado”, do Ministério da Saúde, destinado à qualificação de Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde sobre uso de crack, álcool e outras drogas.
- Participação no IV Fórum de Mobilização Antimanicomial do Sertão da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e Secretarias Municipais de Juazeiro-BA e Petrolina-PE;
- Realização de reunião com os cinco Centros Regionais de Referência em Educação Permanente em Políticas Sobre Drogas (CRR) da Bahia (CETAD/UFBA, ARDFC/UFBA, UNEB, UFRB e UESC) para o mapeamento da abrangência e impacto dos cursos de qualificação nos municípios e nos serviços da RAPS locais.

No que diz respeito aos processos de desinstitucionalização, o RAG apresentou algumas ações realizadas no Hospital Especializado Lopes Rodrigues e no Hospital Juliano Moreira. Em relação ao primeiro, a unidade tinha 175 leitos dos quais 135 eram ocupados por internos de longa permanência. Fortaleceram-se as ações da ‘equipe de desinstitucionalização’; como produto da intensificação do trabalho dessa equipe, ocorreu a redução de 40 leitos do setor de internação, houve desativação do ambulatório infanto-juvenil e adulto. Ocorreu desinstitucionalização de 26 moradores. No Hospital Juliano Moreira ocorreu a desinstitucionalização de 1 moradora que foi acolhida num SRT de Salvador. Foram qualificados e implantados os SRT em Euclides da Cunha, Araci e Coração de Maria (idem, p. 215).

A parceria iniciada em 2011 com a ONG *Associazione Italiana Amicidi Raoul Follereau* (AIFO) da Itália possibilitou o uso do instrumento de avaliação Qualidade/Direitos (Quality/Rights) da OMS no Hospital Juliano Moreira e no CAPS II de Alagoinhas. O relatório dessa avaliação foi finalizado e apresentado publicamente em 2014. Não há detalhamento sobre efeitos práticos dessa pesquisa para os serviços, mesmo tendo sido elaborado um ‘plano de ação’ para o Hospital Juliano Moreira com previsão de intervenção em curto, médio e longo prazo.

Na agenda do debate da saúde mental da Infância e Adolescência, houve uma audiência com o Ministério Público da Bahia para discussão do Centro de Referência Estadual para Transtorno Global do Desenvolvimento.

Há várias “entregas” previstas no PAS 2014 que não foram mencionadas no RAG do ano equivalente. O RAG não apresentou dados sobre as ações realizadas junto aos hospitais gerais, seja em relação à implantação de leitos, seja em relação à qualificação das equipes dos serviços hospitalares já existentes. Do mesmo modo, esse relatório não apresentou dados sobre as ações relacionadas à economia solidária, às

Práticas Integrativas e Complementares. Não há comentário sobre o levantamento das Comunidades Terapêuticas, conforme predito na “Programação” para o ano.

Em 2014, a SESAB apoiou os municípios no processo de construção dos ‘Planos de Ação’ da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) com vistas à qualificação do acolhimento nas situações de urgências e emergências (idem, p. 219). O intuito era superar o modelo anteriormente vigente baseado na triagem realizada sem critérios de prioridade. Procedeu-se uma revisão no protocolo de ‘Acolhimento com Classificação de Risco’. Consolidou-se um documento único para as redes regionais de atenção à saúde. Nesse documento há um tópico específico sobre o manejo das situações de crises psíquicas e/ou abstinência de álcool e outras drogas. De acordo com Bahia (2014c, p. 53), a Área Técnica de Saúde Mental da SESAB colaborou com a construção desse documento; contudo, na ocasião, nenhum dos hospitais psiquiátricos foi contemplado com a implantação desse protocolo. Para além da assistência prestada pelos hospitais psiquiátricos, verifica-se a continuidade das limitações na articulação entre os demais pontos de atenção da RUE para o acolhimento às crises em saúde mental. Em consulta realizada em dezembro de 2021, junto à Coordenação de Urgência (COUR/DAE/SAIS/SESAB), com base na Lei Estadual nº 12.618/2012 que regula o acesso à informação das ações públicas na Bahia, constatou-se que não há normatização do fluxo assistencial e do manejo para o atendimento pré-hospitalar e hospitalar para as urgências e emergências em saúde mental. Não há estudos sobre a eficácia do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco para o acolhimento em saúde mental na Bahia. Em 2014, o acolhimento à crise em saúde mental continuava sendo um desafio na Bahia, conforme havia revelado a ‘análise de situação de saúde mental’ realizada em 2008 (BAHIA, 2008, p. 33), situação que não se alterou até 2021, conforme sugerem as informações da Coordenação de Urgências da SESAB.

#### *Programação Anual de Saúde de 2015*

Considerando o intervalo previsto nesse ciclo de planejamento quadrienal, a proposta do PAS de 2015 foi a que apresentou a menor quantidade de metas para um ano. Mantiveram-se as duas linhas de ação previstas no PES 2012-2015. As duas ‘ações’ foram desdobradas em cinco ‘entregas’, cada uma delas com metas bastante reduzidas. De acordo com o PAS (BAHIA, 2015a, p. 26), a SESAB esteve atuando no sentido de

[...] organizar a rede de atenção à saúde mental, ampliar progressivamente as equipes de saúde mental para apoiar e dar suporte às Equipe de Saúde da Família, através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a implantação de residências terapêuticas, ampliação dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais além de aumentar as parcerias estabelecidas com a sociedade e a realização de campanhas educativas que combatam o preconceito e favoreçam sua reintegração social.

A “realização de campanhas educativas que combatam o preconceito e favoreçam sua reintegração social” foi um tema que apareceu em vários dos documentos da gestão, mas em nenhuma das PAS esse tema foi transformado em “meta”; os relatórios de gestão também não apresentam nenhum vestígio de atividade relacionada a esse propósito. As ações de desestigmatização são um componente fundamental num processo de desinstitucionalização. Lougon (2006, p. 147) considera que, nos Estados Unidos, durante muito tempo, a comunidade mostrou-se refratária à aceitação de egressos do sistema hospitalar psiquiátrico em função da reprodução dos “[...] mitos, preconceitos e estigmas que envolvem a figura, por vezes insólita, do doente mental”. De acordo com esse autor, há estudos confirmando que os estigmas associados aos egressos dos hospitais psiquiátricos é um empecilho para a inserção social; comparado com egressos de outros sistemas de reclusão como, por exemplo, o sistema prisional, os egressos dos hospitais psiquiátricos encontram mais dificuldades de inserção (idem, p. 163). Para Desviat (1999, p. 77), em vários países a Reforma Psiquiátrica recebeu ferozes críticas que ativaram os medos, as fantasias da mendicância e da marginalidade do louco. Exatamente por isso, Amarante (2007) considera que a Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo que tem como uma das suas extensões a dimensão sociocultural, que deve mobilizar a reconstrução do imaginário social em relação à loucura. Essa demanda não teve espaço nas agendas das estratégias de “comunicação em saúde” da SESAB durante o período aqui investigado.

A PAS 2015 foi definida conforme demonstrado no quadro abaixo.

#### Quadro 16 - Programação Anual de Saúde 2015

<b>Compromisso 8 – Promover a atenção integral às pessoas com transtorno mental e/ou usuário de crack, álcool e de outras drogas no âmbito do SUS-BA</b>			
<b>Ação</b>	<b>Entregas</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicador</b>
8.1 Apoio Institucional a Município nas Ações de Atenção à Saúde Mental	Rede de Atenção à saúde mental organizada segundo diretrizes da Portaria n.º 3.088/11	Organizar <b>01</b> Rede de Atenção à Saúde Mental	Sem informação
	Atenção Integral em Saúde Mental em	Implantar a atenção integral em Saúde Mental	Percentual de leitos de atenção integral em saúde

[05 municípios apoiados]	Hospitais Gerais ampliada	em <b>01</b> hospital	mental na rede SUS – Bahia
	Práticas Integrativas e Complementares (PIC) para a saúde mental implantadas	Realizar <b>01</b> oficina de PIC para técnicos da área técnica de saúde mental da SESAB	Sem informação
8.2 Apoio Institucional a municípios nas ações de Atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas  [02 municípios apoiados]	Casas de acolhimento transitório regionais implantadas	Implantar <b>01</b> Unidade de Acolhimento	Sem informação
	CAPS-AD implantados	Implantar <b>01</b> CAPS AD	Percentual de ampliação da disponibilidade de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, com prioridade para os CAPS AD (álcool e outras drogas) e CAPS III

**Fonte:** Bahia. Programação Anual de Saúde (2015, p. 27)

### *Análise do Relatório Anual de Gestão 2015*

De acordo com o RAG 2015 (BAHIA, 2015, p. 181), em relação à ação 8.1, a SESAB ofereceu apoio institucional para 13 municípios. Em Iaqu trabalhou-se a implantação de um SRT; nos municípios de Canarana, Conceição do Almeida, Condeúba, Filadélfia, Mirangaba, Nova Soure, Palmeiras, Presidente Dutra, Serrolândia, Saúde e Tapiramutá, apoiou-se a implantação de CAPS I; em Camaçari trabalhou-se com implantação do CAPS Infância e Adolescência (CAPS IA). Conforme consta no RAG, em dezembro daquele ano, a Bahia possuía 226 CAPS habilitados, número condizente com as informações do CNES (ver gráfico 24 acima).

Em relação à ação 8.2, houve apoio a 05 municípios. Em Guanambi apoiou-se a implantação de um CAPS AD III; em Serrinha e Camaçari apoiou-se a implantação de CAPS AD tipo II (BAHIA, 2015, p. 182). No CNES (2021)<sup>203</sup> há uma inversão, o município de Guanambi tem CAPS AD tipo II, mas Serrinha tem CAPS AD III.

Segundo o RAG 2015, ofereceu-se apoio institucional para implantação de Unidades de Acolhimento (UA-I) em Salvador e Porto Seguro. Contudo, no CNES não há registro da UA-I de Porto Seguro.

Na agenda das ações de educação permanente, foi realizada 1 oficina sobre Práticas Integrativas Complementares em Saúde Mental e outras atividades de formação em política sobre álcool e outras drogas em Camaçari, Lauro de Freitas e Vitória da Conquista.

<sup>203</sup> Indicadores - Tipo de Estabelecimento. Centro de Atenção Psicossocial. Acessado em 16/02/2022. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade\\_Listar.asp?VTipo=70&VListar=1&VEstado=29&VMun=&VSubUni=&VComp=](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=70&VListar=1&VEstado=29&VMun=&VSubUni=&VComp=)

Em relação à atenção psicossocial voltada para infância e adolescência, foi elaborado o Termo de Referência para o funcionamento do Centro de Referência Estadual de Transtorno do Espectro Autista – CRE-TEA (idem, p. 182). Em todo o estado da Bahia existe apenas esse centro especializado em transtornos do espectro autista que funciona no modelo ambulatorial. Esse serviço foi implantado em Salvador e está em atividade desde 2016.

No que diz respeito à atenção hospitalar, o RAG informou que foram realizadas discussões sobre desinstitucionalização e sobre a implantação de leitos de saúde mental nos hospitais gerais; não foi informado o número e a localidade desses hospitais. Não há informação de habilitação de leitos de saúde mental em hospital geral naquele ano.

Ao cabo, as metas estabelecidas para o ano de 2015 foram alcançadas. Entretanto, como dito anteriormente, as “metas” e as “entregas” previstas nesse documento foram bastante reduzidas em comparação com os anos anteriores.

Finalizando o ciclo 2012-2015, verificam-se alguns avanços bem como a continuidade de significativas lacunas. As ações do Governo do Estado se concentraram fortemente no apoio institucional para implantação e habilitação de CAPS. Ao longo do ciclo em análise, foram habilitadas 51 unidades de CAPS nas várias microrregiões de saúde. Considerando o intervalo entre o mês de janeiro de 2012 e dezembro de 2015, o incremento de serviços esteve abaixo dos 68 CAPS habilitados no mesmo espaço de tempo do ciclo de gestão anterior (2008-2011), conforme pode ser visto no gráfico 24 acima. A implantação desses novos CAPS de 2012 a 2015 representou um incremento de 19,6% no número de serviços dessa modalidade no estado.

Em Salvador foi implantado apenas 1 CAPS em 2012 (CAPS AD Gregório de Matos). Desde então, nenhum novo CAPS foi implantado nesse município. Em Feira de Santana, Vitória da Conquista, Ilhéus e Itabuna - os outros quatro maiores municípios do estado-, o número de CAPS permaneceu inalterado. Em relação aos SRT, em 2012 havia 9 serviços habilitados, em 2015 havia 13, um pequeno aumento de 4 novas unidades.

No início do ciclo em análise havia 921 leitos psiquiátricos, dos quais 798 (86,64%) estavam habilitados em hospitais especializados. Ao fim, em 2015, havia 748 leitos dessa modalidade, dos quais 590 (78,9%) estavam em hospitais especializados. A redução de leitos psiquiátricos [código 47] entre o início e o final do ciclo foi de 173 unidades/camas, equivalendo a 18,8% dos leitos existentes. No ciclo de gestão anterior havia ocorrido a diminuição de 750 leitos.

Comparando os dois ciclos de gestão, verifica-se que tanto a redução de leitos como a implantação de novos serviços passaram por um processo de desaceleração entre 2012-2015. Esse ciclo foi iniciado na gestão do governador Jaques Wagner e finalizado na gestão do governador Rui Costa.

Mesmo com o importante avanço obtido com a Resolução CIB nº 39/2013, que definiu mecanismos do “Plano de Ação Regional”, a Bahia permaneceu sem um documento agregador que permitisse a configuração e execução de uma ‘Política Estadual de Saúde Mental’. Importa ressaltar que 12 microrregiões de saúde não conseguiram êxito na montagem e aprovação dos seus PAR. Não há indícios de que esse processo de planejamento tenha sido retomado por parte da SESAB no período subsequente.

As Programações Anuais de Saúde mantiveram ausência de metas para articulação intrasetorial da RAPS, sobretudo na interlocução entre CAPS, atenção básica e serviços de atenção às urgências e emergências.

Tendo como referência a matriz diagnóstica da RAPS estabelecida pela Portaria GM nº 3088/2011, verificou-se o prosseguimento de lacunas importantes, tais como: a baixa quantidade de CAPS nas grandes cidades - Salvador implantou apenas 1 novo serviço, passando a ter 19 unidades –, a baixa quantidade de CAPS AD (3 novas unidades do tipo II e 3 novas do tipo III) e CAPS IA (3 novas unidades), a baixíssima quantidade de CAPS III e a ausência de ações de reabilitação psicossocial como as cooperativas de geração de renda e centros de convivência. As experiências de economia solidária continuaram sem expressão significativa.

As Unidades de Acolhimento tiveram pouco incremento. A gestão estadual implantou apenas 01 Centro de Convivência para a rede de saúde mental.

Embora anunciado reiteradas vezes, o número de leitos de saúde mental em hospitais gerais não foi ampliado para uma cobertura condizente com a densidade populacional do estado.

Como tem ocorrido historicamente, o Governo do Estado novamente priorizou o município de Salvador para implantação de serviços; isso aconteceu com o único CAPS AD custeado pela gestão estadual. Ocorreu também com o Centro de Referência Estadual de Transtorno do Espectro Autista e com o Centro de Convivência.

No que concerne à gestão do trabalho em saúde mental, verificou-se expressiva insuficiência da oferta de ações de educação continuada e de educação permanente em saúde mental. O tema apareceu com mais ênfase no PAS de 2014, ano que aconteceram

diversas ações relacionadas às metas previstas. Não há registro de continuidade da articulação iniciada em 2014 com os CRR das Instituições de Ensino Superior.

A meta de realização de um diagnóstico das Comunidades Terapêuticas do estado não apareceu em nenhum dos relatórios, o que pressupõe que também foi uma ação não executada. Contraditoriamente, esse foi o período em que o Governo do Estado passou a financiar com recursos próprios e expandir a oferta de vagas em Comunidades Terapêuticas vinculadas às instituições religiosas. Como demonstrado acima<sup>204</sup>, o Governo da Bahia financia 13 Comunidades Terapêuticas e apenas 1 CAPS AD da rede própria. Desde 2013, as Comunidades Terapêuticas ofertam aproximadamente 900 vagas para a gestão estadual; esse era aproximadamente o número de leitos psiquiátricos existentes em 2010. Essas Comunidades Terapêuticas são financiadas com recursos alocados na Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social. Os relatórios da SESAB não apresentam informação sobre essas instituições que, embora sejam financiadas por outra secretaria, passaram a integrar a RAPS. Não há registro sobre as demais Comunidades Terapêuticas que atuam no território baiano, mas não recebem financiamento estadual.

### **9.3 - Análise dos instrumentos de gestão de 2016 a 2019**

#### **Planejamento Estadual de Saúde 2016-2019**

O PES 2016-2019 foi construído no ano inicial do primeiro mandato do governador Rui Costa dos Santos, eleito para o exercício 2015-2019. O governador Rui Costa sucedeu o governador Jaques Wagner, seu companheiro de partido e principal articulador político para sua eleição. Com isso, o Partido dos Trabalhadores (PT) na Bahia iniciou o terceiro mandato seguido no comando do Governo do Estado. O ambiente político era de aprovação do governo anterior e de ampla aceitação da continuidade do projeto político. Diante da correlação de forças na órbita do projeto do Partido dos Trabalhadores, a eleição foi definida ainda em primeiro turno com a expressiva votação de 54,53% dos votos válidos. Esse partido político consolidou-se como a nova hegemonia estadual no âmbito do poder executivo, desbancando partidos tradicionais que outrora foram dominantes nas disputas eleitorais do poder executivo. Na esfera nacional, ocorreu a reeleição da presidenta Dilma Vana Rousseff, também do Partido dos Trabalhadores.

---

<sup>204</sup> Ver acima: Tópico 8.4.3 - Atenção Residencial de Caráter Transitório

O ex-secretário estadual de saúde, Jorge Solla, foi eleito para um mandato parlamentar na Câmara dos Deputados. A SESAB passou a ser administrada pelo médico Fábio Vilas-Boas Pinto que tinha percurso vinculado à atenção hospitalar e ao setor privado.

A análise de situação de saúde da Bahia, que amparou o PES 2015-2019, reconheceu que a carência de dados epidemiológicos “[...] organizados e de estudos populacionais dificulta a análise epidemiológica do perfil de atendimento psiquiátrico, tão valiosa à organização do cuidado no âmbito do SUS e para o planejamento dos serviços assistenciais na área da saúde mental” (BAHIA, 2016a, p. 54).

De acordo com esse PES, o consumo de substâncias psicoativas esteve frequentemente associado a problemas psicossociais e demais manifestações clínicas, como, por exemplo, aumento da incidência de complicações hepáticas com elevação de 60%, entre 2008 e 2015, da taxa internação por doença alcoólica do fígado na Bahia (idem, ibidem). As internações por transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas tiveram aumento de 93,7% entre 2004 e 2015 na Bahia. No ano de 2015, exatos 21,4% das internações hospitalares registradas no SIH-SUS foram motivadas por esse diagnóstico (idem, p. 55). Naquele ano, os negros tiveram a maior proporção nos internamentos por transtornos causados pelo uso de álcool e outras drogas, equivalendo a 66,5% das admissões por esse quadro clínico.

Num levantamento da assistência hospitalar referente aos dez anos anteriores, verificou-se aumento de 190,4% dos transtornos maníacos e depressivos. Entre as mulheres, essa tipificação clínica foi responsável por 32,3% dos internamentos por transtornos mentais, enquanto que entre os homens esse foi o motivo de 11,8% das internações (idem, ibidem). Nesse mesmo período, verificou-se redução dos internamentos por esquizofrenia (-13,8%) e por transtornos psicóticos (-58,5%). Constatou-se redução de 11,6% dos internamentos em relação ao conjunto de todos os demais transtornos mentais e/ou comportamentais. O PES hipotetiza a possibilidade de que “as reduções podem estar refletindo maior controle desses agravos de origem orgânica em nível ambulatorial, o que antes era tratado com internações” (idem, ibidem).

O PES informou que, entre 2005 e 2015, na Bahia houve uma redução de leitos psiquiátricos na ordem de 45,3% (idem, p. 72). Esses dados conferem com as informações CNES apresentadas no gráfico 16 acima. Em 2005, o SUS disponibilizava 98% dos leitos psiquiátricos existentes no estado, com uma oferta de 1.887 leitos, somando-se os hospitais especializados (n= 1.775) e os demais serviços (n= 112). Em

2015 o SUS da Bahia disponibilizou 60,3% menos leitos psiquiátricos comparado com o ano de 2005. Em 2015 havia 748 leitos, sendo 590 em hospitais psiquiátricos e 158 em outros serviços (CAPS, hospitais gerais, etc.). De acordo com o PES (idem, ibidem),

a análise dos leitos psiquiátricos e internações sinaliza o avanço na política de atenção psicossocial, uma vez que o cuidado das pessoas com problemas mentais nos CAPS passa a ser mais democrático e humanizado, permitindo aos pacientes e suas famílias a possibilidade de um tratamento psiquiátrico de fato, com reinserção social e sem violação de direitos humanos. [...] A demanda para os transtornos mentais infanto-juvenis é prioritariamente ambulatorial e não hospitalar. Assim, no SIH-SUS, são registradas cada vez menos internações por causas psiquiátricas desde a habilitação dos Centros de Atenção Psicossocial e Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenis.

O “compromisso” 4 do PES 2015-2019 enfocou as ações de organização das Redes de Atenção à saúde entre as quais está a RAPS. Buscou-se a construção de “[...] relações horizontais entre os pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas, promovendo a integração sistêmica da rede com provisão de atenção contínua, integral, qualificada, responsável e humanizada” (idem, p. 96). Assim, o documento propôs um conjunto de 08 ações com suas respectivas metas, produtos e indicadores, conforme demonstrado no quadro abaixo.

#### Quadro 17 - Planejamento Estadual de Saúde 2016-2019

<b>Compromisso 4 – Promover a integração das ações e serviços de saúde por meio das Redes de Atenção à Saúde</b>			
<b>Meta:</b> Apoiar a ampliação em 40 o número de municípios do estado desenvolvendo serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)			
<b>Iniciativa:</b> Estruturar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)			
<b>Ações</b>	<b>Produtos</b>	<b>Meta até 2019</b>	<b>Indicador</b>
Cofinanciar o CAPS III e CAPS AD III	CAPS III e CAPS AD III com cofinanciamento	13	Quantitativo de CAPS III e CAPS AD III com cofinanciamento
Apoiar os municípios da Rede de Atenção Psicossocial	Municípios com apoio institucional para implementação da RAPS	40	Quantitativo de municípios com apoio institucional
Qualificar profissionais para atenção às pessoas com transtorno mental e em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas	Profissionais qualificados para atenção às pessoas com transtorno mental e em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas	1.350	Quantitativo de hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida
Promover ações de Desinstitucionalização em Hospitais Psiquiátrico	Hospital Psiquiátrico, no Estado, com ações de Desinstitucionalização promovidas	04	Quantitativo de hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida
Implantar Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais	Hospital Geral com Leitos de Saúde Mental implantados	06	Quantitativo de leitos de Saúde Mental implantados
Manter em funcionamento CAPS AD Estadual	CAPS AD Estadual, docente-assistencial, em funcionamento	01	Manutenção do CAPS AD Estadual realizada

Implantar Serviço Residencial Terapêutico (SRT) estadual	Serviço Estadual de SRT implantado	02	Quantitativo de Serviços Estaduais de SRT implantado
Implantar Centro de Atenção Psicossocial	Centro de Atenção Psicossocial implantado	04	Quantitativo de Centros Psicossociais implantados

**Fonte:** Bahia. Planejamento Estadual de Saúde 2016-2019 (2016a, p. 98)

Comparado ao PES anterior, nesse Plano verifica-se a descontinuidade de alguns temas/ações, por exemplo: a economia solidária, a formação/educação permanente, as Unidades de Acolhimento, os Centros de Convivência, o mapeamento das Comunidades Terapêuticas, entre outros.

### *Programação Anual de Saúde 2016*

A metodologia adotada para a definição das ações e metas dessa PAS preservou o mesmo quadro estabelecido no PES 2016-2019. Exatamente as mesmas ações, produtos e indicadores. A única informação adicional foi a inclusão de uma coluna em que se estabelece as metas para o ano em curso, a partir da qual é possível comparar o que estava previsto para o ciclo de gestão e o que foi definido para cada ano especificamente. Com esse arranjo, tornou-se possível identificar cada ação em particular e calcular o percentual de alcance da meta em cada intervalo de tempo. O quadro abaixo apresenta o modo como a política de saúde mental foi inserida na PAS 2016 da SESAB.

### **Quadro 18 - Programação Anual de Saúde 2016**

<b>Compromisso 4 – Promover a integração das ações e serviços de saúde por meio das Redes de Atenção à Saúde</b>				
<b>Meta:</b> Apoiar a ampliação em 40 o número de municípios do estado desenvolvendo serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)				
<b>Iniciativa:</b> Estruturar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)				
Ações	Produtos	Metas		Indicador
		Até 2019	Em 2016	
Cofinanciar CAPS III e CAPS AD III	CAPS III e CAPS AD III com cofinanciamento	13	<b>03</b>	Quantitativo de CAPS III e CAPS AD III com cofinanciamento
Apoiar os municípios da Rede de Atenção Psicossocial	Municípios com apoio institucional para implementação da RAPS	40	<b>21</b>	Quantitativo de municípios com apoio institucional
Qualificar profissionais para atenção às pessoas com transtorno mental e em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas	Profissionais qualificados para atenção às pessoas com transtorno mental e em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas	1.350	<b>600</b>	Quantitativo de hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida
Promover ações de Desinstitucionalização em Hospitais Psiquiátrico	Hospital Psiquiátrico, no Estado, com ações de Desinstitucionalização	04	<b>01</b>	Quantitativo de hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização

	promovidas			promovida
Implantar Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais	Hospital Geral com Leitos de Saúde Mental implantados	06	<b>02</b>	Quantitativo de leitos de Saúde Mental implantados
Manter em funcionamento CAPS AD Estadual	CAPS AD Estadual, docente-assistencial, em funcionamento	01	<b>01</b>	Manutenção do CAPS AD Estadual realizada
Implantar Serviço Residencial Terapêutico (SRT) estadual	Serviço Estadual de SRT implantado	02	<b>01</b>	Quantitativo de Serviços Estaduais de SRT implantado
Implantar Centro de Atenção Psicossocial	Centro de Atenção Psicossocial implantado	04	<b>Sem infor.</b>	Quantitativo de Centros Psicossociais implantados

**Fonte:** Bahia. Programação Anual de Saúde (2016b, p. 40)

### *Análise do Relatório Anual de Saúde 2016*

Em relação à meta estruturante, qual seja, “apoiar a ampliação em 40 do número de municípios do estado desenvolvendo serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)”, o RAG informou que esse propósito correspondia a um conjunto de ações que almejavam a implantação de novos serviços da RAPS no contexto baiano. Considerou-se que “essa meta é representada pelo quantitativo de serviços credenciado na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e número de municípios com repasse do Fundo Estadual de Saúde (FES) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS)” (BAHIA, 2016c, p. 55). A implantação de um serviço de saúde mental é precedida por um conjunto de procedimentos preparatórios de caráter gerencial que “compreende desde o diagnóstico situacional do município apoiado, articulação com os Gestores Municipais e Ente Federal, finalizando com o pleno funcionamento dos diversos pontos da Rede de Atenção Psicossocial” (idem, ibdem).

O apoio aos municípios para o desenvolvimento de ações da RAPS, conforme planejado para o ano de 2016, só foi alcançado parcialmente. A meta prevista até 2019 era abranger 40 municípios, a meta estabelecida para 2016 foi abarcar 21 municípios, mas o índice alcançado no ano foi de apenas 8 municípios. Para obtenção da meta até 2019, o RAG 2016 informou que foi iniciada a programação para viabilizar a construção física para 9 novos serviços, sem informações sobre as localidades. Em linhas gerais, o RAG reforçou a pretensão de “ampliar as ações de apoio institucional aos municípios para reforçar a Política de desinstitucionalização no estado, com redução do número de leitos psiquiátricos e ampliação do número de Centros de Atenção Psicossocial-CAPS” (idem, ibdem).

**Quadro 19** - Índice de alcance das metas de saúde mental penejadas para 2016

Ações	Indicador	Meta 2016	Índice 2016	% Alcance
Cofinanciar CAPS III e CAPS AD III	Quantitativo de CAPS III e CAPS AD III com cofinanciamento	03	02	66,66%
Apoiar os municípios da Rede de Atenção Psicossocial	Quantitativo de municípios com apoio institucional	21	08	38,09%
Qualificar profissionais para atenção às pessoas com transtorno mental e em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas	Quantitativo de hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida	600	895	149,16%
Promover ações de Desinstitucionalização em Hospitais Psiquiátrico	Quantitativo de hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida	01	01	100%
Implantar Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais	Quantitativo de leitos de Saúde Mental implantados	02	00	--
Manter em funcionamento CAPS AD Estadual	Manutenção do CAPS AD Estadual realizada	01	01	100%
Implantar Serviço Residencial Terapêutico (SRT) estadual	Quantitativo de Serviços Estaduais de SRT implantado	01	00	--
Implantar Centro de Atenção Psicossocial	Quantitativo de Centros Psicossociais implantados	04	00	--

**Fonte:** Bahia, Relatório Anual de Gestão (2016c, p. 55)

No que se refere ao “quantitativo de municípios com apoio institucional” para implantação da RAPS, o RAG identificou a prestação de apoio técnico aos seguintes municípios: Boa Vista do Tupim, Canudos, Cocos, Entre Rios; Itapetinga e Ibicuí, todos com implantação de CAPS tipo I. Além desses municípios de pequeno porte, a SESAB prestou apoio técnico a Salvador e Feira de Santana. De acordo com dados do CNES, em 2016 a Bahia contava com uma rede de 240 serviços habilitados, 14 serviços a mais comparado com o ano anterior (ver gráficos 24 e 25 acima).

Em relação ao “quantitativo de Hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida”, evidenciou-se o que o Hospital Especializado Lopes Rodrigues desenvolveu várias atividades, com destaque para a constituição de uma equipe para a gestão dos processos de desinstitucionalização dos moradores dessa instituição. Coube a essa equipe a “realização de censo de moradores, discussão da temática intra e interinstitucional, acompanhamento dos moradores ao retorno do convívio familiar e social, articulações com diversos setores, avaliação individualizada da equipe de recursos humanos” (idem, p. 56).

Quanto à formação em saúde mental, foram realizadas as seguintes ações: II Encontro Baiano de Saúde Mental Infanto-Juvenil; I Encontro de SRT da Bahia e diversas capacitações realizadas por meio do CAPS AD Gregório de Matos.

Sobre a meta de “implantar Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais”, observa-se que não houve execução. O RAG informou que foram realizadas várias

ações intra e intersetoriais para operacionalização dessa meta, mas se alegou que as limitações do processo foram ocasionadas por fatores tais como: a) mudança de paradigma para a implantação de leitos de saúde mental em hospital geral no âmbito do Ministério da Saúde; b) falta de habilitação, por parte do Ministério da Saúde, dos serviços em funcionamento no estado da Bahia; c) limitações no processo de articulação junto aos municípios para implantação de novos serviços. Essa é uma justificativa que esbarra na evidência de que, independente do caráter burocrático da habilitação desses leitos, os hospitais gerais da Bahia historicamente têm apresentado uma significativa capacidade de acolhimento das demandas de saúde mental, conforme pode ser visto no gráfico 17 acima. De acordo com o CNES, em 2016 ocorreram 4.704 internamentos motivados por transtornos mentais e/ou comportamentais, conforme o Capítulo V da Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Dessa quantidade, 2.584 internamentos ocorreram em hospitais psiquiátricos e outros 2.120 internamentos aconteceram nos hospitais gerais nas várias regiões desse estado. Ao longo do ano, exatos 128 hospitais gerais realizaram ao menos 1 internamento relacionado aos transtornos mentais; por outro lado, o único hospital baiano habilitado para tal<sup>205</sup> não realizou nenhum internamento nesse ano de referência. Caso houvesse em âmbito estadual uma ‘política’ para qualificação da atenção hospitalar, esse impasse poderia ser atenuado. O potencial de ação dos dispositivos de ‘hospitalidade’ em saúde mental implica na necessidade de formular uma gestão com alternativas para além das respostas convencionais limitadas a alguns poucos serviços de referência hospitalar que obtiveram a habilitação dentro das formalidades burocráticas. As evidências aqui apresentadas mostram que a realidade já compele a um novo horizonte.

#### *Programação Anual de Saúde 2017*

A PAS 2017 reproduziu a mesma sequência de todas as oito ações, produtos, metas gerais e indicadores do PES equivalente, variando apenas nas metas relativas ao ano de execução. Exceto a meta de cofinanciamento de serviços e a meta de qualificação dos profissionais, as demais metas para o ano de 2017 permaneceram iguais às metas do ano anterior. O quadro abaixo apresenta as informações do ano em análise.

---

<sup>205</sup> O único hospital geral com leitos de saúde mental habilitados na Bahia é o Hospital Dom Pedro I, localizado em Feira de Santana. Ver tabela 19 acima.

**Quadro 20 - Programação Anual de Saúde 2017**

<b>Compromisso 4 – Promover a integração das ações e serviços de saúde por meio das Redes de Atenção à Saúde</b>				
<b>Meta:</b> Apoiar a ampliação em 40 o número de municípios do estado desenvolvendo serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)				
<b>Iniciativa:</b> Estruturar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)				
Ações	Produtos	Metas		Indicador
		Até 2019	Em 2017	
Cofinanciar CAPS III e CAPS AD III	CAPS III e CAPS AD III com cofinanciamento	13	<b>06</b>	Quantitativo de CAPS III e CAPS AD III com cofinanciamento
Apoiar os municípios da Rede de Atenção Psicossocial	Municípios com apoio institucional para implementação da RAPS	40	<b>09</b>	Quantitativo de municípios com apoio institucional
Qualificar profissionais para atenção às pessoas com transtorno mental e em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas	Profissionais qualificados para atenção às pessoas com transtorno mental e em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas	1.350	<b>300</b>	Quantitativo de hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida
Promover ações de Desinstitucionalização em Hospitais Psiquiátrico	Hospital Psiquiátrico, no Estado, com ações de Desinstitucionalização promovidas	04	<b>01</b>	Quantitativo de hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida
Implantar Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais	Hospital Geral com Leitos de Saúde Mental implantados	06	<b>02</b>	Quantitativo de leitos de Saúde Mental implantados
Manter em funcionamento CAPS AD Estadual	CAPS AD Estadual, docente-assistencial, em funcionamento	01	<b>01</b>	Manutenção do CAPS AD Estadual realizada
Implantar Serviço Residencial Terapêutico (SRT) estadual	Serviço Estadual de SRT implantado	02	<b>01</b>	Quantitativo de Serviços Estaduais de SRT implantado
Implantar Centro de Atenção Psicossocial	Centro de Atenção Psicossocial implantado	04	<b>04</b>	Quantitativo de Centros Psicossociais implantados

**Fonte:** Bahia, Programação Anual de Saúde (2017a, p. 35)

*Análise do Relatório Anual de Saúde 2017*

A estrutura do RAG 2017 repetiu parte do texto do relatório anterior, sobretudo no que se refere às justificativas pelo não alcance de algumas das metas. Segundo o RAG (BAHIA, 2017b, p. 53), “a maioria das ações está voltada para elaboração do Plano de Ação para Desinstitucionalização no estado”. Em função dessa concentração de esforços para a construção desse ‘Plano de Ação’, não foi possível alcançar a meta de apoio aos 9 municípios, como havia sido previsto na PAS do ano em análise. De todo modo, 4 municípios foram apoiados, equivalendo ao cumprimento de 44,44% da meta anual. Ocorreu credenciamento/habilitação de CAPS I nos seguintes municípios: Cairu, Coribe, Guaratinga e Itajuípe. Os dados do CNES (ver gráfico 25 acima) apontam ter havido habilitação de 3 serviços.

Referente ao cofinanciamento de CAPS III e CAPS AD III, a meta para o ano de 2017 era ter chegado ao número de 6 serviços, entretanto somente os 2 serviços contemplados no ano anterior permaneceram nessa lista; não houve incremento de serviços beneficiados por esse recurso. Na ocasião, apenas um CAPS III de Feira de Santana e um CAPS AD III de Salvador estavam admitidos nesse financiamento complementar com recursos da gestão estadual. A Portaria SESAB nº 257/2012 previa o cofinanciamento no valor de R\$ 50.000 para CAPS III e R\$ 70.000 para CAPS AD III; isso representava um recurso adicional no patamar de 48% e 66,7%, respectivamente, em relação ao repasse padrão do Ministério da Saúde para serviços dessas modalidades. Mesmo com esse incentivo financeiro para fortalecer a requalificação dos CAPS baianos, de 2012 a 2017 somente dois serviços haviam conseguido condições para aderir as determinações estabelecidas pela Portaria de cofinanciamento.

As metas de implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais e implantação de SRT também não foram alcançadas. Não houve execução dessas ações. O Relatório reitera que as barreiras impostas pelo Ministério da Saúde para habilitação de novos serviços de saúde mental dificultaram essas metas em âmbito estadual (idem, ibidem).

No tocante à qualificação para atenção às pessoas com transtorno mental, ou em uso abusivo de substâncias psicoativas, foi realizada qualificação de 1.071 profissionais a partir de diferentes recursos metodológicos, tais como: apresentações de casos clínicos, ações de matriciamento e web conferências. Foi constituído um processo formativo para profissionais da FUNDAC no qual um dos ciclos foi denominado “Refletindo e Promovendo a Saúde Mental no Sistema Socioeducativo”. Dessa atividade participaram 88 profissionais como ouvintes.

Quanto às atividades de desinstitucionalização realizadas por hospitais psiquiátricos estaduais, o RAG destacou as ações promovidas pelo Hospital Especializado Lopes Rodrigues (Feira de Santana) e as mudanças ocorridas no Hospital Afrânio Peixoto (Vitória da Conquista). O ‘Plano Operativo’ do Hospital Lopes Rodrigues preconizou a reconstrução de uma equipe de trabalho para operacionalização da desinstitucionalização. Coube a essa equipe a “[...] realização do censo de moradores, discussão da temática intra e interinstitucional, acompanhamento dos moradores ao retorno do convívio familiar e social, articulações com diversos setores, avaliação individualizada da equipe de recursos humanos” (idem, p. 54). No caso do Hospital Afrânio Peixoto, todos os 23 leitos foram deslocados para o Hospital

Crescêncio Silveira, uma das unidades do ‘Complexo Hospitalar’ da rede estadual implantada no município.

**Quadro 21** - Índice de alcance das metas de saúde mental penejadas para 2017

Ações	Indicador	Meta 2017	Índice 2017	% Alcance
Cofinanciar CAPS III e CAPS AD III	Quantitativo de CAPS III e CAPS AD III com cofinanciamento	06	02	33,33%
Apoiar os municípios da Rede de Atenção Psicossocial	Quantitativo de municípios com apoio institucional	09	04	44,44%
Qualificar profissionais para atenção às pessoas com transtorno mental e em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas	Quantitativo de hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida	300	1.490	469,66%
Promover ações de Desinstitucionalização em Hospitais Psiquiátrico	Quantitativo de hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida	01	02	200%
Implantar Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais	Quantitativo de leitos de Saúde Mental implantados	02	00	--
Manter em funcionamento CAPS AD Estadual	Manutenção do CAPS AD Estadual realizada	01	01	100%
Implantar Serviço Residencial Terapêutico (SRT) estadual	Quantitativo de Serviços Estaduais de SRT implantado	01	00	--
Implantar Centro de Atenção Psicossocial	Quantitativo de Centros Psicossociais implantados	04	02	50%

**Fonte:** Bahia. Relatório Anual de Saúde (2017b)

O RAG não detalhou o grande trabalho que foi realizado na formulação do “Plano de Desinstitucionalização da Bahia”, conforme apresentado no item 8.2 acima. Esse foi um ano em que os diferentes agentes sociais da saúde mental intensificaram a disputa no campo de batalhas que se tornou os rumos dos hospitais psiquiátricos do estado. A partir de um deslocamento tático da SESAB, reabriu-se a cena para a retomada das lutas pela hegemonia do modelo assistencial. Novamente os diferentes agentes sociais polarizam o antagonismo -continuidade X mudança, conservação X transformação- na disputa pela configuração da rede de serviços que explicita e expressa os fundamentos dos paradigmas divergentes.

Diante da pressão normativa desencadeada pelas sucessivas edições do PNASH nos hospitais psiquiátricos do estado, essa foi a primeira vez que a SESAB articulou o descredenciamento concomitante de quatro hospitais. Não se tratava apenas de reduzir leitos. A meta era mais ambiciosa; logo, mais complexa. A redução de leitos em hospitais psiquiátricos foi um tema que só apareceu de modo mais explícito na PAS de 2014. Até então a redução de leitos estava diretamente vinculada a desabilitação dos

leitos desocupados por ocasião da saída dos internos de longa permanência, ou seja, os leitos que já não tinham rotatividade.

A última iniciativa de maior repercussão na redução de leitos havia ocorrido entre 2003/2005, também em função de uma pressão externa exercida pelo Ministério da Saúde e Ministério Público Estadual. No final de 2014, a direção do Hospital São Judas (Itabuna) descredenciou a instituição do SUS com a justificativa da insuficiência do valor do custeio, conforme a tabela de valores do Ministério da Saúde. Nesses dois momentos o descredenciamento não decorreu de um prévio planejamento, como se pretendia que tivesse ocorrido.

O “Plano de Desinstitucionalização da Bahia” surgiu como o que poderia ter ocupado o vácuo da inexistência de uma política<sup>206</sup> de saúde mental em âmbito estadual. A proposta se pretendeu audaciosa e enfrentou dificuldades. A Ação Civil Pública contrária ao descredenciamento dos hospitais listados e a forte crítica da APB mobilizaram setores da mídia e a opinião da população, o que funcionou como uma força de refração ao processo. Mesmo assim, o texto do ‘Plano’ foi finalizado e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde (CES); entretanto, alguns eixos permanecem com pouca execução e outros nem foram executados, o que novamente aponta para uma baixa ‘capacidade de governo’ ou baixa capacidade de direção, de gerência, de controle. Os cinco primeiros eixos do ‘Plano’<sup>207</sup> já eram parte das ações cotidianas da ATSM, de alguma forma; até 2021, o eixo referente à “expansão e qualificação dos pontos de atenção da rede” teve pouca evolução. Os dois últimos eixos do ‘Plano’ não foram executados.

Como disse Matus (1996, p. 61), “a governabilidade do sistema depende do conteúdo propositivo do projeto de governo, por exemplo, é mais governável para

---

<sup>206</sup> Para a WHO (2009, p. 5), uma política (Policy) de saúde mental precisa definir as questões listadas a seguir; “Plano de Desinstitucionalização da Bahia” não conseguiu contemplar todos esses itens. As questões são as seguintes:

a) **vision** => values & principles;

b) **objectives** => financing, coordination, legislation & human rights, promotion, prevention, treatment & rehab, organization of services, advocacy, essential medicines procurement & distribution, information systems, quality improvement, human resources & training, research & evaluation, intersectoral collaboration.

<sup>207</sup> 1) Regionalização dos Componentes da RAPS

2) Expansão e Qualificação dos Pontos de Atenção da Rede

3) Desenvolvimento de Estratégias de Desinstitucionalização por Hospital Psiquiátrico

4) Desenvolvimento de Atividades de Educação Permanente

5) Cofinanciamento Estadual de CAPS III e CAPS ad III

6) Instituição de Coordenação de Saúde Mental na Esfera Estadual

7) Desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação (BAHIA, 2018a, p.7)

objetivos modestos e menos governável para objetivos ambiciosos”. Nesse sentido, deduz-se que ‘planos/projetos’ ambiciosos exigem alta ‘capacidade de gestão’, do contrário o ‘plano/projeto’ tende a ter resultados parciais ou, em situações mais extremas, serem transformados em ‘letra morta’.

### *Programação Anual de Saúde 2018*

A PAS de 2018 é a terceira do ciclo iniciado em 2016. A estrutura da programação seguiu a mesma formatação dos dois anos anteriores que, por sua vez, foi uma repetição literal do PES 2016-2019. Repetiram-se as ações, os produtos, as metas e os indicadores. A única variação ocorreu em relação às metas previstas para o ano corrente.

Um fato de enorme relevância foi a ausência das metas decorrentes do ‘Plano Estadual de Desinstitucionalização’ construído no ano anterior. Desde 2014 o tema da ‘desinstitucionalização’ já aparecia com meta dos planejamentos anuais; entretanto, como dito, a finalidade estava limitada à desospitalização dos internos de longa permanência. Nos dois primeiros anos do ciclo do planejamento 2016-2019, a redução de leitos em hospitais psiquiátricos esteve vinculada à saída dos moradores. A meta parecia ter tomado um novo rumo com a formulação do ‘Plano de Desinstitucionalização’ a partir de 2017. A contradição já se verifica no PAS de 2018; dos 3 hospitais listados para o credenciamento, o planejamento previu ações de desinstitucionalização em apenas 1 hospital. Na prática, o Hospital Especializado Lopes Rodrigues já vinha fazendo a desinstitucionalização antes do ‘Plano de Desinstitucionalização’ de 2017. O Hospital Juliano Moreira também tinha uma significativa quantidade de moradores, mas em Salvador há maior resistência por parte de agentes sociais contrários à Reforma Psiquiátrica, o que dificulta o processo de redução de leitos. Em relação ao Hospital Mario Leal, não havia internos de longa permanência; é um hospital de pequeno porte inserido no ‘Plano de Desinstitucionalização’, mas sem ações ou metas previstas no PAS 2018.

### **Quadro 22 - Programação Anual de Saúde 2018**

<b>Compromisso 4</b> – Promover a integração das ações e serviços de saúde por meio das Redes de Atenção à Saúde				
<b>Meta:</b> Apoiar a ampliação em 40 o número de municípios do estado desenvolvendo serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)				
<b>Iniciativa:</b> Estruturar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)				
Ações	Produtos	Metas		Indicador
		Até	Em	

		2019	2018	
Cofinanciar CAPS III e CAPS AD III	CAPS III e CAPS AD III com cofinanciamento	13	<b>07</b>	Quantitativo de CAPS III e CAPS AD III com cofinanciamento
Apoiar os municípios da Rede de Atenção Psicossocial	Municípios com apoio institucional para implementação da RAPS	40	<b>05</b>	Quantitativo de municípios com apoio institucional
Qualificar profissionais para atenção às pessoas com transtorno mental e em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas	Profissionais qualificados para atenção às pessoas com transtorno mental e em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas	1.350	<b>100</b>	Quantitativo de hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida
Promover ações de Desinstitucionalização em Hospitais Psiquiátrico	Hospital Psiquiátrico, no Estado, com ações de Desinstitucionalização promovidas	04	<b>01</b>	Quantitativo de hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida
Implantar Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais	Hospital Geral com Leitos de Saúde Mental implantados	06	<b>02</b>	Quantitativo de leitos de Saúde Mental implantados
Manter em funcionamento CAPS AD Estadual	CAPS AD Estadual, docente-assistencial, em funcionamento	01	<b>01</b>	Manutenção do CAPS AD Estadual realizada
Implantar Serviço Residencial Terapêutico (SRT) estadual	Serviço Estadual de SRT implantado	02	<b>01</b>	Quantitativo de Serviços Estaduais de SRT implantado
Implantar Centro de Atenção Psicossocial	Centro de Atenção Psicossocial implantado	04	<b>04</b>	Quantitativo de Centros Psicossociais implantados

**Fonte:** Bahia. Programação Anual de Saúde (2018b, p.40)

### *Análise do Relatório Anual de Saúde de 2018*

O conteúdo descritivo do RAG 2018 correspondeu a apenas um parágrafo com repetição de um texto padrão contido nos relatórios anteriores daquele ciclo. Não há análises ou justificativas sobre os índices alcançados. Das 8 ações previstas, 3 não foram executadas; em especial, a implantação de leitos de saúde mental em hospital geral e a implantação de SRT. Essas duas ações são condições relevantes para tornar viável a desinstitucionalização.

O avanço da contrarreforma psiquiátrica em âmbito nacional dificultou o processo de expansão da maioria dos componentes da RAPS. A Portaria GM nº 3.588/2017 criou uma barreira para implantação dos ‘Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas’, conforme anteriormente previstos na Portaria GM nº 148/2012. A Portaria GM nº 3.588 ampliou de 04 para 08 a quantidade mínima de leitos para caracterização dessas enfermarias especializadas. Essa reconfiguração dificultou a implantação desses serviços em hospitais de pequeno porte, como era a meta da SESAB. De todo modo, 2018 foi o ano da virada no que diz

respeito ao número de internamentos realizados em hospitais gerais comparado ao número de internamentos realizados por hospitais psiquiátricos (ver gráfico 21 acima). Dos 5.566 internamentos na Bahia codificados como transtornos mentais e/ou comportamentais, 3.410 foram realizados em hospitais gerais, enquanto que os hospitais psiquiátricos realizaram 2.156. Desse modo, constata-se que, naquele ano, os hospitais gerais responderam por 61,2% dos internamentos em saúde mental, mesmo sem ter “Serviço Hospitalar de Referência” habilitado.

O RAG 2018 informou que não houve implantação de CAPS, quando a previsão era de implantação de 04 novos serviços. Entretanto, de acordo com os dados do CNES, houve habilitação de 05 novos CAPS, conforme apresentado no gráfico 25 acima. Possivelmente esses serviços estavam implantados e apenas foram habilitados no decorrer do ano.

Dois índices alcançados superaram a meta prevista. Em relação ao ‘apoio institucional aos municípios’, o alcance foi de 160% da meta do ano; em relação à ‘qualificação profissional’, o alcance foi de 1.542% da meta (BAHIA, 2018c, p. 137). Não há detalhamento sobre quais ações de qualificação foram realizadas. Nos anos anteriores, a meta de qualificação profissional foi alcançada uma vez que se considerou ações e recursos alternativos como web conferências. Esse mecanismo de formação não preserva a noção de ininterruptão do processo formativo, conforme preconizado pela política nacional de educação permanente em saúde adotada pelo Ministério da Saúde.

Ainda conforme demonstrado no RAG 2018, não se conseguiu ampliar o número de serviços alcançados pelo cofinanciamento da SESAB. Mantiveram-se os mesmos 02 serviços que já estavam financiados desde antes, sem que tenha havido inclusão de novos CAPS.

As duas ações que tiveram as metas totalmente alcançadas correspondiam a ações que já eram realizadas anteriormente; portanto, tratava-se apenas de continuidade: a) realizar ações de desinstitucionalização em 1 hospital psiquiátrico; b) manutenção de 1 CAPS AD.

**Quadro 23 - Índice de alcance das metas de saúde mental penejadas para 2018**

Ações	Indicador	Meta 2018	Índice 2018	% Alcance
Cofinanciar CAPS III e CAPS AD III	Quantitativo de CAPS III e CAPS AD III com cofinanciamento	07	02	28,6%
Apoiar os municípios da Rede de Atenção Psicossocial	Quantitativo de municípios com apoio institucional	05	08	160%
Qualificar profissionais para	Quantitativo de hospitais	100	1.642	1.542%

atenção às pessoas com transtorno mental e em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas	Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida			
Promover ações de Desinstitucionalização em Hospitais Psiquiátrico	Quantitativo de hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida	<b>01</b>	01	100%
Implantar Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais	Quantitativo de leitos de Saúde Mental implantados	<b>02</b>	00	--
Manter em funcionamento CAPS AD Estadual	Manutenção do CAPS AD Estadual realizada	<b>01</b>	01	100
Implantar Serviço Residencial Terapêutico (SRT) estadual	Quantitativo de Serviços Estaduais de SRT implantado	<b>01</b>	00	--
Implantar Centro de Atenção Psicossocial	Quantitativo de Centros Psicossociais implantados	<b>04</b>	00	--

**Fonte:** Bahia. Relatório Anual de Saúde (2018c, p. 137)

### *Programação Anual de Saúde 2019*

Como ocorreu nos três anos anteriores, a PES 2019 repetiu a mesma sequência de ações, produtos, metas e indicadores. Não houve inclusão de novas metas. Chama atenção também o fato de não haver menção ao ‘Plano de Desinstitucionalização da Bahia’ de 2017. As metas apresentadas na PAS 2019 não se aproximaram numericamente das demandas apresentadas naquele ‘Plano’. O detalhamento da programação referente à saúde mental para 2019 está sistematizada no quadro abaixo

### **Quadro 24 - Programação Anual de Saúde 2019**

<b>Compromisso 4</b> – Promover a integração das ações e serviços de saúde por meio das Redes de Atenção à Saúde				
<b>Meta:</b> Apoiar a ampliação em 40 o número de municípios do estado desenvolvendo serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)				
<b>Iniciativa:</b> Estruturar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)				
Ações	Produtos	Metas		Indicador
		Até 2019	Em 2019	
Cofinanciar CAPS III e CAPS AD III	CAPS III e CAPS AD III com cofinanciamento	13	<b>07</b>	Quantitativo de CAPS III e CAPS AD III com cofinanciamento
Apoiar os municípios da Rede de Atenção Psicossocial	Municípios com apoio institucional para implementação da RAPS	40	<b>15</b>	Quantitativo de municípios com apoio institucional
Qualificar profissionais para atenção às pessoas com transtorno mental e em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas	Profissionais qualificados para atenção às pessoas com transtorno mental e em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas	1.350	<b>800</b>	Quantitativo de hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida
Promover ações de Desinstitucionalização em Hospitais Psiquiátrico	Hospital Psiquiátrico, no Estado, com ações de Desinstitucionalização promovidas	04	<b>04</b>	Quantitativo de hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida
Implantar Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais	Hospital Geral com Leitos de Saúde Mental implantados	06	<b>06</b>	Quantitativo de leitos de Saúde Mental implantados
Manter em funcionamento	CAPS AD Estadual,	01	<b>01</b>	Manutenção do CAPS

CAPS AD Estadual	docente-assistencial, em funcionamento			AD Estadual realizada
Implantar Serviço Residencial Terapêutico (SRT) estadual	Serviço Estadual de SRT implantado	02	<b>00</b>	Quantitativo de Serviços Estaduais de SRT implantado
Implantar Centro de Atenção Psicossocial	Centro de Atenção Psicossocial implantado	04	<b>10</b>	Quantitativo de Centros Psicossociais implantados

**Fonte:** Bahia. Programação Anual de Saúde (2019a, p.41)

### *Análise do Relatório Anual de Saúde 2019*

De acordo com o RAG (BAHIA, 2019, b, p. 196), 28 municípios baianos se movimentaram para implantação de serviço da RAPS (CAPS e SRT); foram eles: Amélia Rodrigues, Barreiras, Biritinga, Buritirama, Boa Vista do Tupim, Cairu, Caldeirão Grande, Canudos, Côcos, Coribe, Entre Rios, Feira de Santana, Guaratinga, Ibicuí, Itaguaçu da Bahia, Itajuípe, Itapetinga, Itatim, Juazeiro, Jussara, Lençóis, Mutuípe, Pé de Serra, Ribeira do Pombal, Salvador, Sapeaçu, Serra Preta, Vitória da Conquista.

De um total de 15 municípios previstos para receberem apoio institucional, a SESAB conseguiu apoiar 09 municípios (Amélia Rodrigues, Barreiras, Buritirama, Caldeirão Grande, Juazeiro, Jussara, Ribeira do Pombal, Sapeaçu e Serra Preta). Com isso, a meta foi alcançada em 60% em relação ao que estava programado.

No que diz respeito à meta de cofinanciamento de CAPS III e CAPS AD III, não houve avanço. Manteve-se a pactuação somente com os 2 CAPS anteriormente contemplados (CAPS III em Feira de Santana e CAPS AD III em Salvador). Considerando que a meta inicial era alcançar 7 serviços naquele ano, o índice de alcance foi de apenas 28,57%.

Em relação à qualificação para o cuidado em saúde mental, o RAG 2019 (idem, p. 197) registrou a participação de 3.132 profissionais nas atividades de formação oferecidas pelo CAPS AD Gregório de Matos de Salvador. Com isso, considerando o propósito de qualificar 800 profissionais, o índice de alcance foi equivalente a 291,50% da meta.

No tocante à meta de realização de ações de desinstitucionalização em hospitais psiquiátricos, mantiveram-se ações estratégicas em 03 hospitais: Hospital Juliano Moreira (em Salvador), Hospital Especializado Lopes Rodrigues (em Feira de Santana) e Unidade Crescêncio da Silveira (anexo do Hospital Geral de Vitória da Conquista). O RAG não detalhou quais ações foram realizadas em cada unidade. A previsão inicial era realizar esse trabalho em 4 hospitais, incluindo o Hospital Mário Leal (em Salvador).

Considerando esse cenário, a meta foi alcançada em 75%. Como apresentado no gráfico 18 acima, entre 2018 e 2019 não houve redução de leitos psiquiátricos [código 47] em hospitais psiquiátricos da Bahia; permaneceu a mesma quantidade de 373 leitos habilitados nas 4 unidades hospitalares.

A meta de implantação de leitos de saúde mental em 6 hospitais gerais não logrou êxito. Não houve nenhuma habilitação de serviços com essa finalidade. O relatório alegou que o motivo foi a “quebra de paradigma para a implantação de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral [...], a ausência de publicações de habilitação de serviços por parte do Ministério da Saúde” (idem, ibidem).

No ano em análise, ocorreu o maior volume de internamentos por transtornos mentais e/ou comportamentais em hospitais gerais da Bahia na série histórica apresentada no gráfico 21 acima. Dos 5.872 internamentos por esses diagnósticos, exatos 3.877 internamentos foram realizados pelos hospitais gerais vinculados ao SUS; por outro lado, os hospitais psiquiátricos realizaram 1.995 internamentos. Em 2019 os hospitais gerais responderam por 66,02% dos internamentos psiquiátricos, acima dos 61,2% relativos ao ano de 2018. Com base na produção hospitalar informada pelo CNES, destacam-se os seguintes hospitais gerais com número de internamento superior a 200 admissões ao longo do ano: Hospital Santo Antônio (n=608), Hospital Regional de Ruy Barbosa (n=513), Hospital Gonçalves Martins (n=491), Hospital Geral de Vitória da Conquista (n=403), Hospital São Lucas (n=376), Hospital Universitário Professor Edgard Santos (n=230), Hospital Geral Prado Valadares (n=228)<sup>208</sup>.

A meta de implantar 2 SRT com gestão estadual foi alcançada parcialmente com a implantação de 1 serviço em Amélia Rodrigues. Assim, essa meta atingiu 50%.

O PAS 2019 estabeleceu como meta a implantação de 10 CAPS. Seriam serviços financiados pelo programa PROSUS/SESAB. Foram construídos e entregues CAPS I nos seguintes municípios: Candeias, Dias D’Ávila, Madre de Deus, São Francisco do Conde, Simões Filho. Com isso, a meta foi alcançada em 50%. De acordo com o CNES, na Bahia ocorreu o incremento de 6 CAPS naquele ano (ver gráfico 25 acima).

Além disso, a SESAB entregou a estrutura física de um CAPS III em Camaçari e do primeiro CAPS III de Salvador; em cada um desses dois últimos municípios um CAPS tipo II foi requalificado para o CAPS tipo III.

---

<sup>208</sup> Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – Bahia. Internações por Estabelecimento e Ano atendimento. Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais Período: Jan/2019-dez/2019. Acessado em 10/02/2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niBA.def>

**Quadro 25 - Índice de alcance das metas de saúde mental planejadas para 2019**

Ações	Indicador	Meta 2019	Índice 2019	% Alcance
Cofinanciar CAPS III e CAPS AD III	Quantitativo de CAPS III e CAPS AD III com cofinanciamento	<b>07</b>	02	28,57%
Apoiar os municípios da Rede de Atenção Psicossocial	Quantitativo de municípios com apoio institucional	<b>15</b>	09	60%
Qualificar profissionais para atenção às pessoas com transtorno mental e em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas	Quantitativo de hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida	<b>800</b>	3.132	291,50%
Promover ações de Desinstitucionalização em Hospitais Psiquiátrico	Quantitativo de hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida	<b>04</b>	03	75%
Implantar Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais	Quantitativo de leitos de Saúde Mental implantados	<b>06</b>	00	--
Manter em funcionamento CAPS AD Estadual	Manutenção do CAPS AD Estadual realizada	<b>01</b>	01	100%
Implantar Serviço Residencial Terapêutico (SRT) estadual	Quantitativo de Serviços Estaduais de SRT implantado	<b>02</b>	01	50%
Implantar Centro de Atenção Psicossocial	Quantitativo de Centros Psicossociais implantados	<b>10</b>	05	50%

**Fonte:** Bahia. Relatório Anual de Saúde (2019b)

Por fim, o RAG listou os obstáculos que dificultaram a obtenção das metas daquele ano. Foram eles:

- falta de repasses financeiros pelo Ministério da Saúde para habilitação de serviços da RAPS em funcionamento, tendo como consequência o desestímulo à implantação de novos pontos de atenção da rede;
- quantitativo insuficiente de profissionais na área técnica para atender às demandas do estado, bem como restrita disponibilidade dos mesmos para as viagens;
- infraestrutura tecnológica e administrativa insuficiente e precária para o desenvolvimento das atividades/atribuições;
- falta de infraestrutura da DGC, comprometendo o desenvolvimento laboral;
- contingenciamento de recursos financeiros para o desenvolvimento de ações para implementação da RAPS nos municípios baianos. (BAHIA, 2019b, p. 198).

Na análise do ciclo do PES 2016-2019, verifica-se um desfecho com disparidades em relação ao que havia sido planejado. Das 8 metas previstas, 2 conseguiram superar a previsão e 1 meta foi executada conforme previsto inicialmente. Outras 5 metas foram executadas abaixo do que estava previsto, considerando o fato de que 1 dessas metas não foi executada.

Ao longo desse período, as 2 metas que superaram a previsão foram: 1) a qualificação profissional com índice de alcance de 530,30%; 2) a implantação de CAPS com alcance de 175% do que estava previsto.

Em relação à implantação de CAPS, há uma divergência entre os dados dos RAG's da SESAB e os dados do CNES. Os Relatórios da SESAB informam a implantação de 7 CAPS enquanto que os dados do CNES informam o número de 28 habilitações uma vez que em 2016 foram habilitados pelo Ministério da Saúde a quantidade de 14 serviços, mas essa informação não apareceu nos RAG's. De todo modo, esse foi um índice de incremento inferior aos dois ciclos anteriores (ver gráfico 25 acima). A Bahia encerrou o ano de 2019 com 254 serviços habilitados (ver gráfico 24 acima).

Sobre a promoção de “ações de desinstitucionalização em hospitais psiquiátricos”, alcançou-se 75% da meta. A pretensão inicial era realizar atividades em 4 hospitais, mas apenas três hospitais realizaram tais ações. Mesmo assim, não houve desinstitucionalização de todos internos de longa permanência. No caso de Salvador, há moradores no Hospital Juliano Moreira e no Hospital de Custódia e Tratamento. Do mesmo modo, continua havendo moradores no Hospital Especializado Lopes Rodrigues, embora seja o hospital de melhor desempenho em relação à desinstitucionalização.

A diminuição do número de moradores é uma meta que está diretamente relacionada à expansão dos SRT. Inicialmente a meta era implantação de 2 serviços ao final do ciclo somente 1 serviço foi implantado. O alcance da meta foi de 50%. Em 2017, ano da formulação do ‘Plano de Desinstitucionalização da Bahia’, a SESAB identificou a existência de 127 moradores de hospitais psiquiátricos, o que demandaria, ao menos, 15 SRT. Claramente o número de SRT projetadas esteve abaixo da necessidade para viabilizar a desinstitucionalização desses moradores. Ainda há um significativo número de pessoas na condição de moradores dos hospitais psiquiátricos na Bahia.

No tocante à meta de “apoiar os municípios da Rede de Atenção Psicossocial” foi alcançada em 72,5%. Da previsão inicial de apoio a 40 municípios, somente 29 foram contemplados ao longo dos quatro anos.

Quanto ao cofinanciamento de CAPS III e CAPS AD III, somente os 2 serviços já contemplados antes de 2016 permaneceram contratualizados. A meta previa contemplar 13 serviços. Desse modo, o índice de alcance dessa meta foi de 15,38%.

Em relação à meta da “manutenção do CAPS AD estadual”, alcançou-se 100%. A SESAB financiou integralmente o CAPS AD Gregório de Matos. Esse serviço cumpre uma importante função docente-assistencial. Parte significativa dos processos formativos realizados pela SESAB são realizados através dele, o único serviço da rede estadual com essa vocação.

Por fim, a meta de implantação de “leitos de saúde mental em hospitais gerais” permaneceu não executada. Cabe ressaltar que o ‘Plano de Desinstitucionalização’ identificou um potencial para implantação de até 1.924 de leitos para saúde mental em todas as 29 microrregiões de saúde da Bahia, considerando somente os hospitais gerais vinculados ao SUS.

O quadro abaixo apresenta uma síntese detalhada da situação de cada meta e seu alcance por ano. A última coluna apresenta o percentual de alcance ao longo desse ciclo de gestão.

**Quadro 26 - Índice de alcance das metas de saúde mental previstas no PES 2016-2019**

Ações	Indicador	Meta do PES	Índice 2016	Índice 2017	Índice 2018	Índice 2019	Total do ciclo	% de alcance
Cofinanciar CAPS III e CAPS AD III	Quantitativo de CAPS III e CAPS AD III com cofinanciamento	13	02	02	02	02	02	15,38%
Apoiar os municípios da Rede de Atenção Psicossocial	Quantitativo de municípios com apoio institucional	40	08	04	08	09	29	72,5%
Qualificar profissionais para atenção às pessoas com transtorno mental e em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas	Quantitativo profissionais qualificados para atenção às pessoas com transtorno mental e em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas	1.350	895	1.490	1.642	3.132	7.159	530,30%
Promover ações de Desinstitucionalização em Hospitais Psiquiátrico	Quantitativo de hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida	04	01	02	01	03	03*	75%
Implantar Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais	Quantitativo de leitos de Saúde Mental implantados	06	00	00	00	00	00	00
Manter em funcionamento CAPS AD Estadual	Manutenção do CAPS AD Estadual realizada	01	01	01	01	01	01	100%
Implantar Serviço Residencial Terapêutico (SRT) estadual	Quantitativo de Serviços Estaduais de SRT implantado	02	00	00	00	01	01	50%
Implantar Centro de Atenção Psicossocial	Quantitativo de Centros Psicossociais implantados	04	00	02	00	05	07	175%

**Fonte:** Elaboração Própria

\* meta não cumulativa

#### **9.4 - Apresentação dos instrumentos de gestão de 2020 a 2023**

##### *Planejamento Estadual de Saúde 2020-2023*

O PES 2016-2019 foi formulado no primeiro ano do mandato de continuidade do governador Rui Costa dos Santos, reeleito para o exercício 2019-2022. Com essa reeleição, o Partido dos Trabalhadores completa um ciclo político de 16 anos seguidos à frente do poder executivo estadual, mesmo intervalo de tempo que o Partido da Frente Liberal havia permanecido no comando do Governo do Estado anteriormente.

Não houve mudanças substanciais na arquitetura organizacional da SESAB. Os gestores dessa secretaria permaneceram basicamente os mesmos, incluindo a repetição do mesmo secretário de saúde, o que indicava uma gestão de prosseguimento.

O PES 2020-2023 (BAHIA, 2020a, p. 138) informou que, entre 2007 e 2018, houve uma redução percentual de 75% dos leitos de hospitais psiquiátricos na Bahia; os 1.582 leitos psiquiátricos existentes em 2007 foram reduzidos para 393 unidades em 2018. O PES justificou como sendo efeito do “[...] processo de desospitalização de moradores de hospitais psiquiátricos para Serviços Residenciais Terapêuticos ou retorno a suas residências, visando o restabelecimento de vínculos familiares sem gerar desassistência [...]”. Esse documento afirma também que a “SESAB tem apoiado os municípios nos processos de implantação e funcionamento dos CAPS, nas suas diferentes modalidades, considerando a sua importância na construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)” (idem, p. 139).

O PES não apresentou uma análise de situação de saúde com indicadores relacionados à saúde mental, embora contenha dados relativos a outras áreas da saúde.

Em 2019 ocorreu a 10ª Conferência Estadual de Saúde da Bahia que teve como tema “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”. De acordo com o PES (idem, p. 180), o eixo de “consolidação do SUS” dessa Conferência deliberou,

com base nos princípios da reforma psiquiátrica, ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção em saúde mental em todos os níveis, qualificando a atuação do psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e promovendo o matriciamento das equipes de saúde da família em parceria com demais especialistas da rede especializada e hospitalar. Esse processo inclui a elaboração de protocolos de acolhimento para assegurar a integralidade e equidade no atendimento, o fortalecimento dos CAPS AD nos municípios, a implantação de centros de reabilitação para usuários de drogas lícitas e ilícitas nas regiões de saúde e a aplicação de práticas integrativas e outras terapias, como o estímulo à criação de hortas comunitárias.

Assim sendo, o PES 2020-2023 estabeleceu um conjunto de ações, de produtos, de metas e de indicadores para a saúde mental. Nessa versão há 6 ações previstas, 2 a menos que o PES anterior. Novamente não houve menção ao ‘Plano de Desinstitucionalização’. As ações previstas não agregam outras demandas para além das que já estavam postas no PES anterior. Não há alusão à intersectorialidade, a reinserção psicossocial (economia solidária, Centros de Convivência, etc.), ao mapeamento das Comunidades Terapêuticas. O tema da desinstitucionalização voltou a estar centrado somente nas internações de longa permanência; o descredenciamento de hospitais psiquiátricos não foi citado. É importante ressaltar que esse foi o primeiro PES construído após a formulação do ‘Plano de Desinstitucionalização da Bahia’; portanto, a implementação do ‘Plano’ dependia do amparo nos instrumentos de gestão do planejamento em saúde dos anos posteriores.

#### Quadro 27 - Plano Estadual de Saúde 2020-2023

<b>Compromisso 3: Potencializar a Rede de Atenção à Saúde de forma regionalizada, ampliando a equidade de acesso e garantindo a integralidade e a segurança do paciente</b>			
<b>Meta 18</b>	Ampliar em 25 o número de serviços de atenção psicossocial		
<b>Iniciativa</b>	Apoiar técnico-financeiramente a implantação de serviços da Rede de Atenção Psicossocial		
<b>Ações</b>	<b>Produtos</b>	<b>Meta até 2023</b>	<b>Indicador</b>
Apoiar institucionalmente municípios nas estratégias de desinstitucionalização por hospital psiquiátrico	Pessoas com internação de longa permanência no Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) e nos hospitais psiquiátricos (HP) desospitalizados	112	Número de pessoas desospitalizadas dos Hospitais Psiquiátricos e Hospital de Custódia
Apoiar financeiramente a implementação de dispositivos da RAPS	Serviço residencial terapêutico (SRT) com incentivo financeiro	15	Número de SRT com incentivo financeiro
	CAPS III e CAPS AD III com incentivo financeiro	8	Número de CAPS III e CAPS AD III com incentivo financeiro
	CAPS AD II docente-assistencial contratualizado pela Gestão Estadual	1	Número de CAPS AD II docente-assistencial contratualizado pela gestão estadual
Construir CAPS	CAPS construídos	4	Número de CAPS construídos
Apoiar tecnicamente o credenciamento de dispositivos da RAPS	Dispositivos da RAPS credenciados	25	Número de dispositivos da Raps credenciados
Realizar educação permanente de profissionais da RAPS por meio do CAPS AD Gregório de Matos	Profissionais qualificados por meio de web	1.200	Número de profissionais qualificados em Saúde Mental
	Profissionais capacitados presencialmente por meio do CAPS AD Gregório de Matos	4.000	Número de profissionais qualificados pelo CAPS AD II Gregório de Matos
Apoiar a implantação do Serviço de Referência Hospitalar em Saúde Mental	Estabelecimentos hospitalares em saúde mental credenciados	15	Número de estabelecimentos hospitalares em saúde mental credenciados pela CIB

Fonte: Bahia. Plano Estadual de Saúde 2020-2023 (2020a, p. 159)

### Programação Anual de Saúde de 2020 e de 2021

A formulação da PAS para os anos de 2020 e de 2021 seguiu o mesmo princípio adotado no ciclo anterior. Foi feita uma repetição do mesmo texto das ações, dos produtos, das metas e dos indicadores. A variação ocorreu apenas em relação às metas previstas para cada ano. Observa-se que as ações previstas foram a expansão de serviços e qualificação dos profissionais da Rede. No que diz respeito à ampliação de serviços, há alusão a CAPS, SRT e Serviços Hospitalares de Referência. Não há previsão de ações relacionadas aos demais ‘componentes’, conforme previsto na Portaria GM nº 3088/2011 como, por exemplo, atenção básica em saúde, atenção às urgências e emergências, estratégias de reabilitação psicossocial, entre outros.

O quadro abaixo apresenta uma sistematização dos dois últimos instrumentos do planejamento da SESAB disponíveis no sistema de informação de acesso público. Apenas para fins demonstrativos, foi feita uma tabulação entre as metas previstas até 2023 e as metas relativas aos anos de 2020 e 2021.

### Quadro 28 -Metas de saúde mental previstas para 2020 e 2021

<b>Compromisso 3: Potencializar a Rede de Atenção à Saúde de forma regionalizada, ampliando a equidade de acesso e garantindo a integralidade e a segurança do paciente</b>					
<b>Meta 18</b>	Ampliar em 25 o número de serviços de atenção psicossocial				
<b>Iniciativa</b>	Apoiar técnico-financeiramente a implantação de serviços da Rede de Atenção Psicossocial				
<b>Ações</b>	<b>Produtos</b>	<b>Indicador</b>	<b>Meta até 2023</b>	<b>Meta 2020</b>	<b>Meta 2021</b>
Apoiar institucionalmente municípios nas estratégias de desinstitucionalização por hospital psiquiátrico	Pessoas com internação de longa permanência no Hospital de Custódia e Tratamento e nos hospitais psiquiátricos desospitalizadas	Número de pessoas desospitalizadas dos Hospitais Psiquiátricos e Hospital de Custódia	112	50	37
Apoiar financeiramente a implementação de dispositivos da Raps	Serviço residencial terapêutico (SRT) com incentivo financeiro	Número de SRT com incentivo financeiro	15	05	04
	CAPS III e CAPS AD III com incentivo financeiro	Número de CAPS III e CAPS AD III com incentivo financeiro	8	02	04
	CAPS AD II docente-assistencial contratualizado pela Gestão Estadual	Número de CAPS AD II docente-assistencial contratualizado pela gestão estadual	1	01	01
Construir CAPS	CAPS construídos	Número de CAPS construídos	4	00	01
Apoiar tecnicamente o credenciamento de	Dispositivos da RAPS credenciados	Número de dispositivos da RAPS	25	07	07

dispositivos da RAPS		credenciados			
Realizar educação permanente de profissionais da RAPS por meio do CAPS AD Gregório de Matos	Profissionais qualificados por meio de web	Número de profissionais qualificados em Saúde Mental	1.200	300	300
	Profissionais capacitados presencialmente por meio do CAPS AD Gregório de Matos	Número de profissionais qualificados pelo CAPS AD II Gregório de Matos	4.000	1.000	1.000
Apoiar a implantação do Serviço de Referência Hospitalar em Saúde Mental	Estabelecimentos hospitalares em saúde mental credenciados	Número de estabelecimentos hospitalares em saúde mental credenciados pela CIB	15	03	03

**Fonte:** elaboração própria com base no PAS (BAHIA, 2020a; BAHIA, 2021)

Até dezembro de 2021, os relatórios de gestão referentes aos anos de 2020 e 2021 não estavam disponibilizados no sistema de informações da Assessoria de Planejamento e Gestão da SESAB, o que impossibilitou a análise comparativa entre metas e índices de alcance das metas desse ciclo.

Com base nos dados do CNES<sup>209</sup>, em 2020 foi habilitado um SRT no município de Pé de Serra. A previsão da SESAB era ter 5 serviços habilitados naquele ano. Não há registro de novas habilitações em 2021. O site de notícias da SESAB informou que, em 2020, ocorreu a transferência de 8 moradores do Hospital Lopes Rodrigues para esse SRT habilitado em Pé de Serra<sup>210</sup>. Do mesmo modo, o site de notícias da SESAB informou que em 2021 outro grupo de 8 moradores do Hospital Juliano Moreira foi transferido para um SRT implantado em Itapetinga, cidade sede de microrregional de saúde que fica 576 quilômetros de distância de Salvador<sup>211</sup>.

Em relação aos CAPS, o CNES informa que, entre janeiro e dezembro de 2020, foram habilitados 10 novos serviços (ver gráfico 25 acima), alguns desses serviços já estavam implantados tendo ocorrido apenas a habilitação. Até junho de 2021 o número de serviços permanecia inalterado.

<sup>209</sup> CNES - Estabelecimentos - Serviço/Classificação após março/2008 – Bahia. Quantidade por Município e Ano/mês competência. Classificação do Serviço: 005 Serviço Residencial Terapêutico Tipo II - SRT TIPO II, Período: Dez/2021. Acessado em 20/02/2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/servc2BA.def>

<sup>210</sup> Seção Notícias: “Hospital Especializado Lopes Rodrigues continua avançando no processo de desinstitucionalização”. Acessado em 20/02/2022. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/08/26/hospital-especializado-lopes-rodrigues-continua-avancando-no-processo-de-desinstitucionalizacao/>

<sup>211</sup> Seção Notícias: “Oito internos do Juliano Moreira passam a ter um lar”. Acessado em 20/02/2022. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/2021/11/30/oito-internos-do-hospital-juliano-moreira-passam-a-ter-um-lar/>

Em relação aos leitos de saúde mental em hospital geral [código 87]<sup>212</sup>, não houve credenciamento de novos serviços até junho de 2021. A Bahia continua com apenas 2 leitos de saúde mental habilitados em hospital geral. Esses leitos estão num hospital da rede complementar de Feira de Santana (ver tabela 19 acima). Desde 2012, não há registro de internamento nesses leitos, o que permite pressupor que eles não estão servindo à RAPS.

Para os anos de 2020 e 2021, estava prevista a desinstitucionalização de 87 internos em 2 dos hospitais psiquiátricos estaduais. O CNES registra que, entre janeiro de 2020 e junho de 2021, houve a redução de 20 leitos em hospitais psiquiátricos na Bahia. Existiam 373 leitos [código 47] em janeiro de 2020; em junho de 2021 o número havia sido reduzido para 353 unidades (ver gráfico 18 acima). Não há informações se essa redução de leitos corresponde à transferência dos internos para os SRT implantados nesse período que, ao todo, somaram 16 vagas.

### **9.5 - Algumas considerações sobre o planejamento da política de saúde mental na Bahia**

Diante do conjunto de evidências apresentadas acima, constata-se que o planejamento no campo da saúde mental na Bahia apresentou empenhos e desempenhos diferentes em diferentes ciclos de gestão. Houve avanço na implantação de alguns pontos de atenção enquanto que há alguns dos componentes da RAPS que não foram nem mesmo listados. Consolidou-se um cenário de expansão da rede de CAPS, mas com significativas desproporções na cobertura assistencial no comparativo entre os municípios de grande e de pequeno porte populacional. Não houve avanço na implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais. Embora com menos força, os hospitais psiquiátricos se mantiveram como serviços fortes nos municípios onde estão instalados. No paralelo, o Governo do Estado vem consolidando uma rede de Comunidades Terapêuticas que hoje tem uma quantidade de vagas equivalente a três vezes o número de leitos em hospitais psiquiátricos atualmente existentes; uma clara opção pelo tratamento moral no cuidado às pessoas que usam substâncias psiquiátricas, de quebra, um evidente movimento de *aggiornamento* ou de recomposição da resposta padrão do paradigma psiquiátrico.

---

<sup>212</sup> Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais. Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – Bahia. Internações por Estabelecimento e Ano atendimento Período: Jan/2008-junho/2021. Acessado em 30/07/2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niBA.def>

É um ponto de convergência entre diferentes autores (Amarante, 2007; Venturini, 2016) a constatação de que a reforma psiquiátrica é um processo social complexo. Esse processo só se produz com uma sinergia entre recursos materiais e financeiros, sensibilidade social, força política, instituições receptivas e ‘sujeitos da antítese’ capazes de tensionar por mudanças. É também consensual que a reforma psiquiátrica não pode se restringir à reformulação ou reestruturação dos serviços de saúde mental, mesmo que os manicômios sejam desativados. A reforma psiquiátrica é algo mais profundo. É uma mudança de paradigma construída a partir de um novo pacto social que tem como pontos de inflexão a liberdade como prerrogativa, a inserção social, a garantia do direito à saúde, a dignidade e pluralidade de saberes e práticas de cuidado. Assim sendo, trata-se de uma atividade complexa que exige uma capacidade de condução com força suficiente para incidir sobre a realidade, vencendo as turbulências e as resistências às mudanças.

O planejamento é possivelmente a forma mais segura para conduzir processos complexos de mudança, evitando que as adversidades circunstanciais inviabilizem o propósito de transformação da realidade. Para Matus (1996, p. 12), “planejar é tentar submeter o curso dos acontecimentos à vontade humana, não deixar ‘que nos levem’ e tratarmos de ser condutores do nosso próprio futuro”.

De acordo com a OMS (2017, 15), “o desenvolvimento e a implementação de políticas e planos de saúde mental bem definidos representam ingredientes críticos da boa governança e liderança”. Essa instituição tem apostado na premissa de que os processos de desinstitucionalização demandam um sistema de governança perspicaz. Considera-se que “o passo mais importante para fornecer cuidados de saúde mental bem considerados e abrangentes é a elaboração de uma política e um plano que orientará o desenvolvimento do sistema e serviços de saúde mental” (WHO, 2009, p. 4). Para sua eficácia, a política deve estar acompanhada de um plano de ação com especificações do que deve ser implementado de modo sistemático e coordenado (idem, ibidem). Por fim, a OMS (2017, p. 15) advoga que

uma política de saúde mental pode ser definida como uma declaração oficial de um governo que transmite um conjunto organizado de valores, princípios, objetivos e áreas de ação para melhorar a saúde mental de uma população. Um plano de saúde mental é um esquema detalhado de ação em saúde mental que geralmente inclui o estabelecimento de princípios para estratégias e o estabelecimento de cronogramas e requisitos de recursos.

Como se viu acima, o estado da Bahia não possui um documento específico para a política de saúde mental, embora possua uma política sobre álcool e outras drogas. A implantação das mudanças no modelo assistencial em saúde mental esteve atrelada à evolução da legislação nacional sem que se tenha conseguido construir uma referência normativa para fazer os ajustes em âmbito local.

O tema da saúde mental tem sido inserido regularmente nos instrumentos anuais ou quadrienais da gestão de saúde ao longo do período aqui analisado. Entretanto, nos diferentes ciclos de gestão, verificou-se uma distância entre o que a realidade demanda e as respostas apresentadas nos planos, ou seja, um hiato entre o problema identificado e as soluções apresentadas.

O número de serviços previstos para implantação esteve aquém dos parâmetros do Ministério da Saúde. Essa constatação se fez ver em relação aos SRT, UA, leitos de saúde mental, e até mesmo em relação aos CAPS AD, CAPS IA, CAPS III e CAPS AD III. Embora não seja menos relevante, a reorientação do modelo assistencial ficou centrada na reestruturação da oferta de serviços. Viram-se reduzidas ações interinstitucionais, poucas ações relacionadas à atenção básica em saúde mental, nenhuma ênfase nas ações de ‘reabilitação psicossocial’ conforme previstas pela Portaria GM nº 3.088/2011.

Em todas as versões do Plano Estadual de Saúde, a previsão de “apoio institucional” foi bem abaixo do número de municípios que tinham serviços de saúde mental implantados. O número de municípios beneficiados variou de 10 a 57 por ano. Na melhor hipótese, seriam necessários cerca de oito anos para que cada um dos 417 municípios recebesse apoio institucional ao menos uma vez.

Quase sempre a gestão dos serviços especializados da RAPS (CAPS, SRT, UA) é realizada pelas secretarias municipais de saúde; contudo, conforme preconizado pela NOB 96, há na gestão do SUS o princípio da corresponsabilidade que implica em algum grau de participação dos demais entes. Assim, caberia ao gestor estadual “promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral” (BRASIL, 1997, 10). A “cogestão”, o ‘cofinanciamento’, a ‘corresponsabilidade’, etc. foram compromissos pouco expressivos ao longo desse período.

Outro aspecto que se destaca na análise desses documentos é a ausência de respostas assistenciais para os municípios de pequeno porte populacional. Essa constatação já havia sido feita por Fornazier e Delgado num estudo com dados relativos os anos 2000 (2011, p. 420). Esse fenômeno se repetiu ao longo das duas décadas. Como apresentado na

tabela 22 acima, há 244 municípios baianos (58,5% dos 417) com população inferior a 20.000 habitantes que juntos somam 20% da população do estado. Alguns desses municípios estão contemplados nos PAR, mas nem todas as microrregiões aprovaram seus ‘planos regionais’. Ademais, não há análises sobre a efetividade do processo de regionalização em âmbito estadual; portanto, não se sabe ao certo quais ações efetivamente têm sido realizadas nos pequenos municípios.

Verifica-se que os pontos de atenção que oferecem ‘hospitalidade’ de caráter não asilar também não estão adequados à densidade populacional do estado. No que diz respeito aos serviços que proporcionam hospitalidade noturna, há somente 6 CAPS AD III e 4 CAPS III. Esses serviços possuem 53 leitos ao todo (ver tabela 20 acima). Além disso, eram apenas 8 Unidade de Acolhimento que, juntas, podem disponibilizar cerca de 60 vagas. Ao todo, pouco mais de 110 vagas, apenas.

Todos esses grandes impasses já estavam identificados na ‘Análise da Situação da Saúde Mental do Estado da Bahia’ realizada pela ATSM em 2008, assim como na análise de saúde contida no PES 2009-2011. Mesmo sendo robustas as informações sobre os problemas de saúde, constatou-se um déficit na adequação entre a situação problema e as intervenções propostas. Matus (1989, p. 196) afirmou que um plano –parcial ou geral- só é defensável quando submetido a algumas “provas”, entre elas, a prova da eficácia. Em termos práticos, “a prova objetiva identifica a adequação das soluções propostas ao enfrentamento dos problemas; [...] refere-se ao esforço normativo, ou seja, as operações, as ações ou medidas destinadas à resolução dos problemas”. Essa ‘prova’ diz respeito exatamente à relação de proximidade ou distanciamento entre o problema identificado e a solução apresentada.

Tendo como parâmetro essa linha de raciocínio de Matus, pode-se deduzir que os instrumentos documentais do planejamento da SESAB mantiveram um considerável déficit entre o problema e a solução, entre a realidade que se queria mudar e a intervenção prevista. Além disso, verificou-se que algumas das ações planejadas foram executadas com índice de alcance abaixo da meta prevista, a exemplo da implantação de leitos de saúde mental em hospital geral, da implantação de SRT, do apoio a ações economia solidária, do mapeamento das Comunidades Terapêuticas, do cofinanciamento de serviços, etc. A dificuldade de alcançar as metas previstas se agravou a partir de 2016, como consta nos RAGs subsequentes; esse foi o ano da intensificação da contrarreforma psiquiátrica imposta pela nova gestão do Ministério da Saúde.

O RAG de 2019 foi o único a apresentar uma lista de motivos que contribuíram para o baixo alcance das metas previstas no ano. De certo modo, os pontos apresentados foram resultado de um acúmulo de problemas iniciados em anos anteriores, a exemplo da falta de repasse financeiro pelo Ministério da Saúde para habilitação de serviços em funcionamento; do insuficiente quantitativo de trabalhadores da ATSM/SESAB para atender às demandas de todos os municípios; da insuficiente infraestrutura tecnológica e logística da SESAB; da falta de infraestrutura da DGC, o que comprometeu o desenvolvimento laboral dos técnicos. Em síntese, reconhece-se que insuficiências na estrutura da gestão comprometeram os processos e, conseqüentemente, os resultados.

Do ponto de vista do planejamento, ao longo desses dezesseis anos, aconteceram quatro ações que se destacaram pelo potencial de propulsão para otimização das ações de saúde mental; sintomaticamente elas não estavam previstas nos Planos Estaduais dos seus respectivos ciclos de gestão. De todo modo, foram iniciativas que buscaram fortalecer o processo em curso.

O primeiro desses momentos foi a constituição do Núcleo de Apoio Institucional (NAI) por meio do qual se produziu a mais robusta ‘Análise da Situação da Saúde Mental do Estado da Bahia’. Entre 2007 e 2008, o NAI cumpriu simultaneamente a função de cogestão da política de saúde mental, assim como funcionou como dispositivo de educação permanente, em ato. De acordo com Costa, Delgado e Silveira (2015, p. 491), durante esse momento de implementação da política de saúde mental no contexto estadual baiano, o apoio institucional, enquanto estratégia,

trouxe como perspectivas de trabalho a capacidade de construção de um campo de experimentação cuja dinâmica foi essencialmente interativa: acompanhamento dos processos de implantação de serviços, discussão com os gestores, trabalhadores e equipes nos municípios e nas regiões, articulações intra e intersetoriais, participação e apoio aos movimentos sociais, além da organização de eventos científicos para discussão da saúde mental.

Essa estrutura organizacional foi descontinuada por ocasião das mudanças na equipe condutora da política de saúde mental, o que revela que essa proposta de ação não havia sido assimilada como ação permanente. Como consequência, ocorreu o retorno da modalidade de acompanhamento dos processos em que a ATSM passou a prestar uma espécie de assessoria aos municípios, diferente da cogestão anteriormente pretendida.

O segundo momento com maior poder organizador foi a construção e aprovação da “Política Estadual sobre Drogas” em 2012. A formulação dessa política se tornou possível a partir de uma pactuação entre diversas Secretarias do Governo do Estado da Bahia, com

destaque para a SCDH e a SESAB, além da Secretaria de Comunicação, Secretaria de Educação e diversos outros setores. O debate público sobre o tema entrou na agenda de trabalho dos secretários e do próprio governador Jaques Wagner. Essa política teve ênfase até o final do governo Wagner em 2014. Embora ainda exista enquanto documento, o tema perdeu centralidade na agenda do Governo do Estado. A gestão do governador Rui Costa demonstrou uma posição conservadora em relação à temática da política sobre drogas, fato demonstrado pelo crescente investimento em Comunidades Terapêuticas e pelo foco nas ações de repressão. Nesse mesmo tempo, instituições outrora parceiras, como o CETAD, perderam prestígio político frente os atores decisores da política estadual de saúde.

O terceiro momento de relevo foi a aprovação da Resolução CIB nº 39/2013, que definiu o Plano de Ação Regional (PAR), os processos e os desenhos regionais da RAPS estadual. Essa mobilização envolveu todos os municípios, independente do porte populacional. Poderia ter sido uma solução para os vazios assistenciais. A sistematização desse trabalho ocorreu até 2015. Cerca de 2/5 das microrregiões não conseguiram aprovar seus PAR. Esse trabalho não reapareceu nos documentos subsequente. Não há registros de que tenha havido avaliação do processo nas regiões que conseguiram aprovar o PAR.

Por fim, o quarto momento de destaque foi o processo de formulação e aprovação do ‘Plano Estadual de Desinstitucionalização da Bahia’ em 2017/2018 que não teve pretensão de ser uma ‘política’, mas apontou importantes caminhos para os rumos da RAPS. Mesmo tendo sido relevante enquanto instrumento de gestão, parte dos principais objetivos não foi executado. Alguns dos objetivos que foram executados só tiveram execução parcial. Adversidades como a judicialização do ‘Plano’ na esfera do sistema de justiça estadual, o avanço da contrarreforma em âmbito nacional, a crise no financiamento da política de saúde e, mais recentemente, a repercussão da pandemia do COVID-19 intensificaram a lentidão do processo de implementação do ‘Plano’.

Entre os anos de 2001 e 2021, a Bahia teve diferentes governadores oriundos de distintos projetos políticos. Dois desses governadores foram reeleitos para mandatos seguidos. Nos últimos quinze anos, o estado foi administrado por governadores integrantes do mesmo partido, mas com projetos e compromissos com sutis distinções. Ao longo desse processo aconteceram diferentes mudanças no arranjo organizacional da gestão da política de saúde na SESAB. A política de saúde mental teve um lugar de pouco destaque nas agendas da gestão, principalmente nos últimos sete anos.

O contexto de implantação da política de saúde mental na Bahia foi atravessado por vários fatores: diferentes momentos econômicos nacional e estadual; divergentes

concepções sobre a própria política nacional de saúde mental; processos de contrarreformas sanitária e psiquiátrica; disputas ideológicas em temas sensíveis como a política sobre drogas; diferentes arranjos da política de saúde do estado, etc. A interação entre esses fatores produziu uma espécie de ‘caleidoscópio’ em que cada giro na espiral dos acontecimentos políticos modificou a composição da imagem final produzida.

A imagem-objetivo da política de saúde mental estadual, como base no modelo lógico da política nacional de saúde mental, foi alcançada de modo parcial, com significativas insuficiências em vários aspectos (cobertura assistencial, intersetorialidade, formação, diversificação da oferta, ações de reinserção psicossocial), como demonstrado nas descrições acima.

Ao longo dessa investigação, a análise do modelo político permitiu examinar o suporte e a característica do apoio que os agentes responsáveis pela implantação ofereceram para a operacionalização da reorientação do modelo assistencial. Do mesmo modo, a teoria do *triângulo de governo* de Carlos Matus ofereceu uma bússola para travessia num contexto de múltiplas direções e diversas linhas de produção de sentido.

No que diz respeito aos ‘projetos de governo’, ou seja, à capacidade propositiva dos projetos de ação, constatou-se a inexistência de um documento aglutinador da política; além disso, os planos de ação de caráter quadrienais ou anuais (planejamentos dos governos) apresentaram metas distantes de atender a extensão dos problemas de saúde identificados nos diagnósticos que embasaram o planejamento. Seguindo a lógica do Matus sobre a eficácia de um plano (1989, p. 196), verificou-se que o esforço normativo das ações propostas se manteve num patamar abaixo de apresentar solução para os problemas identificados na magnitude que eles surgiram nas análises de situação de saúde.

Diante de um contexto com adversidades estruturais e circunstanciais, verificou-se uma governabilidade aquém da capacidade de controle necessária para conduzir processos sociais complexos como a reforma psiquiátrica. A dificuldade de agenciar os Planos de Atenção Regional, a pouca evolução do Plano de Desinstitucionalização, a inexpressiva oferta de leitos de saúde mental em hospital geral, a desarticulação entre os pontos de atenção da RAPS, entre outros, explicitam a fragilidade da governança na política da saúde mental da Bahia ao longo dessas duas décadas.

Ao final, verificou-se uma baixa capacidade de ‘condução ou direção’ –capacidade de governo- para absorver as tensões, mediar as soluções e os impasses decorrentes de uma mudança de modelo assistencial com a complexidade da reforma psiquiátrica/desinstitucionalização.

Esses achados corroboram a hipótese inicialmente apresentada de que *a gestão estadual da política de saúde teve baixa capacidade de indução da mudança do modelo assistencial ao longo do processo de implantação da política de saúde mental* na Bahia, conforme se verificou na dificuldade de alcançar várias das metas planejadas, até mesmo quando as metas eram diminutas diante dos problemas de saúde apresentados nas análises de situação realizadas. Esse foi um fenômeno que apareceu de modo reiterado em diferentes ciclos de gestão.

Entretanto, não se pode negar importantes mudanças ocorridas ao longo dessas duas últimas décadas. Entre 2005 e 2021, a redução de leitos em hospitais psiquiátricos na Bahia foi da ordem de 80,11%, ao tempo em que em âmbito nacional esse mesmo perfil de leito foi reduzido em 68,30% <sup>213</sup>. É mister reconhecer, também, que, em paralelo com a redução de leitos em hospital psiquiátrico, no final de 2020, a Bahia alcançou a marca de **1,18** CAPS por grupo de 100.000 habitantes, enquanto que o Brasil havia chegado em **1,04**. Contudo, há de se ter moderação com a exposição desses indicadores uma vez que eles, isoladamente, não refletem a complexidade da reorientação do modelo assistencial em saúde mental.

---

<sup>213</sup> Em dezembro de 2005 eram **42.356** leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil. Esse número foi reduzido para **13.425** até junho de 2021. Ver em: Quantidade SUS por Ano/mês competência. Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL ESPECIALIZADO. Leitos outras especialidades: Psiquiatria. Período: Dez/2007-Jul/2021 Acessado em 20/02/2022. Disponíveis em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>

## 10 - Considerações Finais

“Onde queres o livre, decassílabo”  
(O quereres, Caetano Veloso).

Se pudesse dizer uma palavra-síntese sobre a caracterização da política nacional de saúde mental é que ela é decassílaba. Não é “livre”; logo, não é simples. Ousaria uma paráfrase do verso de Caetano Veloso dizendo: “onde queres o simples, decassílabo”. Dando uma pitada de profundidade à provocação, “onde queres o sim e o não, talvez”.

Um objeto com a densidade da política de saúde mental não pode ser apreendido quando o espírito da pergunta busca respostas binárias do tipo “sim ou não”; muito menos quando se busca o simples, a simplificação. A condição ‘decassílaba’ aqui aludida é uma metáfora compatível com o princípio da complexidade, ou melhor, referente à noção de que a reforma psiquiátrica é ‘processo social complexo’, como várias vezes foi referida por muitos dos autores citados ao longo desse texto. Nesse sentido, a preocupação de fundo aqui não foi a busca do “sim ou não” (tem ou não tem RAPS?), mas o “como”, a complexidade, as recalcitrâncias e o processo de implantação da política.

O objeto e a linha investigativa desse estudo foram motivados por um conflito produzido pelo contraste das formações discursivas dos diferentes agentes desse campo. Ao longo dos últimos quinze anos de imersão na política de saúde mental no contexto baiano, tenho observado uma demasiada dessemelhança no que dizem os representantes do Estado, os agentes sociais favoráveis à reforma psiquiátrica e os agentes sociais contrários a esse processo.

No discurso dos gestores, há comumente a mensagem de que se conseguiu produzir avanços significativos, tendo como referência alguns números, alguns indicadores do que se alcançou, sem jamais revelar as lacunas, as inconsistências, as subnotificações, as demandas reprimidas. A lista das omissões é tão extensa que poderia gerar, com base na “arqueologia do saber” foucaultiana, uma espécie de “arqueologia das ausências” no processo de implementação dessa política. Como disse Foucault (2008, p. 158), a arqueologia do saber “não é o retorno ao próprio segredo da origem; é a descrição sistemática de um discurso-objeto”. Em sendo o discurso oficial tomado na condição de discurso-objeto, há sentidos e saberes que ele tenta afirmar, ao mesmo tempo em que

vários sentidos e saberes se tornam suprimidos no próprio enunciado; há um conjunto de ‘não-ditos’ que também precisam ser resgatados numa perspectiva arqueológica.

Por outro lado, imerso na condição de “membro<sup>214</sup>” de vários grupos que lutam pela reforma psiquiátrica na Bahia, pude registrar uma versão divergente do discurso oficial. Em geral, há uma crença dominante afirmando que “a Bahia não fez a reforma psiquiátrica”.

Além dessas duas formações discursivas, os antagonistas da reforma psiquiátrica também criticam os dados do discurso oficial por considerar que a mudança do modelo gerou desassistência, com déficit entre oferta e demanda de serviços (CFM, 2017; CFM/ABP *et al.* 2020), o que lhes permite supor que a redução de leitos em hospitais psiquiátricos foi um equívoco.

Como disse Foucault, os discursos contêm “poderes e perigos”. É lá onde a batalha é travada; mas é lá onde se pode fazer a “redescoberta exata das lutas e memória bruta dos combates [...]” (FOUCAULT, 2018, p. 267).

Na perspectiva das ‘razões práticas’ de Bourdieu (2011), há aí um confronto entre *doxas* que disputam visões de mundo com outras visões de mundo concorrentes, ou seja, há o contraste entre percepções divergentes, produzidas a partir das diferentes posições no campo. Embora partilhem o senso do jogo, os diferentes agentes sociais possuem diferentes interesses no jogo, além de construírem diferentes sentidos do mundo social.

O desafio inicial posto nesse estudo foi evitar a reprodução das “verdades” apriorísticas contidas nas formações discursivas dos agentes do campo, isso é, evitar assimilar de modo tácito ou antecipado o selo de ‘verdade’ de alguma das formações discursivas, o que exigiu um esforço de reflexividade, dada a minha imersão em uma das posições do campo estudado.

Parti do pressuposto de que, do modo como a RAPS está constituída, era preciso ter cautela e sensibilidade para que as avaliações não incorressem na simplificação do objeto.

Entre todas as Redes Assistenciais de Saúde, a RAPS é a que contém a maior quantidade de pontos de atenção - 18 ao todo-, conforme descritos nas Portarias GM nº 3088/2011 e 3588/2017. Isso implica dizer que a análise não se esgota num levantamento

---

<sup>214</sup> Coulon (1995, p. 100) considera que, em algumas situações, o pesquisador tem “o papel de membro completamente “imerso” –no grupo, como um membro natural integral. O pesquisador tem então a mesma posição que os demais membros, compartilha das mesmas opiniões e persegue as mesmas metas. Pode assim experimentar por si mesmo as emoções e condutas dos participantes”. Em último caso, o “membro” é aquele que não só está no grupo, mas fundamentalmente domina e partilha os códigos de sentido, linguagem e afetos como os demais integrantes do grupo. Essa foi minha posição ao longo desse estudo. Citado de: COULON, Alain. A Escola de Chicago. Trad. Tomás A. Bueno - Campinas, SP: Papyrus, 1995.

sobre presença ou ausência de CAPS, presença ou ausência de hospital psiquiátrico. Os CAPS são serviços determinantes para a reorientação do modelo assistencial, mas os demais pontos de atenção da RAPS, sobretudo as ações de reinserção psicossocial, são decisivos para a “reconstrução da complexidade do objeto”, como disse Rotelli (2014, p. 34). Uma análise completa da RAPS precisa considerar a presença, a suficiência e a integração dos vários pontos de atenção que estão previstos na legislação vigente. Mais que isso, a reorientação do modelo assistencial sob a égide da reinserção psicossocial deve considerar também um conjunto de condições que estão para além da oferta dos CAPS.

Com a inclusão dos hospitais psiquiátricos a partir de 2017 na RAPS, a análise se tornou ainda mais desafiadora dado que formalmente esses serviços passaram a ser legitimados na própria política nacional. Numa perspectiva crítica, são pertinentes todas as contestações às mudanças impostas pelo movimento de contrarreforma, exatamente por isso é fundamental que se investigue também o ritmo de expansão dos serviços que decorreram da ruptura com o projeto inicial da RPB; mas, para fins de avaliação do modelo, não seria pertinente não os considerar.

A análise do modelo assistencial construído após a Lei 10.216 exige arquitetar um sistema de dados satisfatoriamente sensível para captar a nova realidade dessa política, considerando a extensão e os resultados alcançados nesse processo de mudança. Como reconhecido por diversos autores citados anteriormente, o Brasil tem uma significativa carência de indicadores para avaliação de políticas de saúde. No caso da política de saúde mental, muitas das ações previstas nem sequer possuem indicadores. Esse fato dificulta o planejamento e compromete a avaliação. Para o presente estudo, trabalhou-se com os parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde, bem como se considerou algumas discussões em curso por algumas agências internacionais como OMS, OPAS e OCDE.

Na pretensão de averiguar os rumos da reorientação da política de saúde mental no contexto da Bahia, a pergunta central dessa investigação foi: **como ocorreu o processo de implantação da política de saúde mental, álcool e outras drogas na Bahia de 2001 a 2021?** Para tanto, estabeleceu-se como objetivo a análise da implantação da política de saúde mental entre 2001 e 2021, considerando a transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo de atenção psicossocial. Na trilha estabelecida, com uso das bússolas teóricas e metodológicas aqui adotadas, chegou-se a um conjunto de constatações das quais uma dezena delas merecem destaque.

### 1) *Sobre a caracterização do modelo assistencial na Bahia*

Na Bahia se constituiu um modelo híbrido, compósito, um combinado de paradigmas heterogêneos. Não se conseguiu superar o hospital psiquiátrico como referência assistencial na maioria das cidades/regiões onde esses serviços estão implantados. Dos 5 municípios que tinham hospitais psiquiátricos em 2000, apenas 1 fechou por completo (Itabuna); em outro município, os leitos foram deslocados para um anexo de um hospital geral (Vitória da Conquista); Feira de Santana, Juazeiro e Salvador conseguiram diminuir leitos, mas ainda existem hospitais psiquiátricos. Esse era o cenário limítrofe, como apontado por Desviat (1999, p. 161), enquanto não houvesse ocorrido a descentralização dos recursos orçamentários e não houvesse sido constituída a rede comunitária de serviços. Em duas décadas, o número de serviços comunitários de saúde mental se expandiu na atenção especializada em saúde mental, chegando ao nível da Atenção Básica em Saúde e da Rede de Urgências e Emergências em saúde. Mesmo assim, ainda existem hospitais psiquiátricos operando no limite máximo de sua capacidade instalada, sem regulação pré-hospitalar, sem responsabilidades pós-alta, sem comunicação com os demais serviços da RAPS. Contraditoriamente, ainda há moradores em algumas dessas instituições. A permanência de hospitais psiquiátricos num modelo assistencial que preconizou sua superação é um nó crítico que precisa ser desatado. O atual cenário, acatado por todos os conservadores, como disse Saraceno (2020, p. 30), caracteriza o modelo de “[...] *balanced care* ou seja, um pouco de hospital psiquiátrico e um pouco de saúde mental comunitária, para não incomodar ninguém”.

Como se viu anteriormente, no Brasil o tema do descredenciamento dos hospitais psiquiátricos até foi pautado entre as décadas de 1980 e 1990. Conforme visto na dimensão *político-gerencial* do modelo lógico da PNSMAD apresentado na figura 6, os resultados intermediários do componente ‘reestruturação da assistência hospitalar’ previam a redução gradual e progressiva no número de leitos e no número de internamentos, sem que se tenha manifestado textualmente o propósito de extinção dos hospitais psiquiátricos.

Na Bahia, o compromisso explícito para com a redução de leitos só entrou em discussão no ‘Planejamento Anual de Saúde’ de 2014. Posteriormente, o debate reapareceu no ‘Plano de Desinstitucionalização da Bahia’ em 2017, mas sem prazo definido; entre dezembro de 2017 e junho de 2021 apenas 20 leitos foram desabilitados nos hospitais psiquiátricos, a menor quantidade de leitos desabilitados em intervalos quadrienais da série histórica apresentada no gráfico 16 acima.

Com a contrarreforma psiquiátrica potencializada pela Portaria GM nº 3.588/2017, formalmente os hospitais psiquiátricos passaram a fazer parte da RAPS, o que amplia as dificuldades de implantação de um modelo assistencial completamente comunitário tanto em âmbito nacional como em âmbito municipal e estadual.

### *2) Sobre a redução de leitos em hospitais psiquiátricos na Bahia*

Em que pese a não superação dos hospitais psiquiátricos na Bahia, verificou-se uma significativa redução de leitos nessas instituições. Em 2005 eram 1.775 leitos em hospitais psiquiátricos, que foram reduzidos para 353 até junho de 2021. Essa redução correspondeu a um decréscimo de 80,11% dos leitos existentes nesse intervalo. Em relação ao Brasil, havia 42.356 leitos em hospitais psiquiátricos em dezembro de 2005, até junho de 2021 havia ocorrido diminuição para 13.425<sup>215</sup> leitos; essa redução representou um decréscimo de 68,30% dos leitos existentes no início dessa contagem. Em tese, a redução de leitos em hospitais psiquiátricos na Bahia ocorreu numa proporção superior ao índice obtido no Brasil.

### *3) Sobre a assistência em hospitais gerais*

Uma das crenças bastante comuns no campo da atenção psicossocial versa sobre o caráter refratário dos hospitais gerais em termos de acolhimento aos usuários que apresentam quadros clínicos de sofrimentos mentais. A resistência à atenção psiquiátrica em hospitais gerais é uma velha conhecida da RPB, demonstrada por vários autores, a exemplo de Paes (2013) e Echebarrena (2018). Mas, a partir dos dados da produção hospitalar na Bahia, verificou-se um fenômeno que abre um dissenso nesse tema. Na Bahia, as médias relativa e absoluta de internamentos psiquiátricos em hospital geral aumentaram no final da década passada, mantiveram-se estáveis de 2011 a 2016 e, a partir de 2017, cresceram a ponto de ultrapassarem o número de internamentos em hospitais psiquiátricos. Em 2008, os internamentos em hospital geral motivados por transtorno mental equivaleram a 24,83% do total de internamentos dessa categoria diagnóstica. Em 2019, ano de maior proporção de internamentos em hospitais gerais, chegou-se a 66,03% dos internamentos; os hospitais gerais realizaram 3.877 dos 5.872 internamentos por motivos psiquiátricos no estado.

---

<sup>215</sup> Ao todo, havia 17.880 leitos psiquiátricos [código 47]. Desse conjunto, 13.425 estão em hospitais psiquiátricos e outros 4.455 leitos estão habilitados em outros serviços que não estão credenciados como hospitais especializados.

Entre 2017 e 2019, ocorreu uma pequena redução de 20 leitos psiquiátricos, mas houve aumento no número de internamentos em hospitais gerais numa proporção superior ao que poderiam representar os 20 leitos diminuídos. Esse fenômeno do crescimento dos internamentos em hospitais gerais se iniciou em 2017 e se repetiu em 2018 e 2019. Em 2020, mesmo com a repercussão da pandemia, a produção dos hospitais gerais manteve-se superior à produção dos hospitais psiquiátricos, tendo representado 59,78% dos internamentos por transtornos mentais na Bahia. Ainda não há estudos sobre a qualidade e a eficiência desses serviços.

Os dados do CNES referentes à oferta de leitos psiquiátricos na Bahia (tabela 17) revelam uma situação atípica que é a presença de 172 leitos psiquiátricos [código 47] habilitados em 29 hospitais gerais. O cenário ideal é que esses leitos estejam habilitados como “Serviço Hospitalar de Referência” [código 87]. Contudo, na pior hipótese, pode-se supor que há alguma predisposição dos hospitais gerais para o cuidado em saúde mental. Formalmente a Bahia tem apenas 2 leitos de saúde mental habilitados em hospital geral [código 87]. A OMS (2017, p. 38) estima que, no mundo, para cada grupo de 100.000 habitantes há 2 leitos de saúde mental implantados em hospitais gerais. No caso da Bahia, há 174 leitos [códigos 47 e 87] habilitados em hospital geral que correspondem a 2 leitos para cada grupo de 171.616 (cento e setenta e um mil, seiscentos e dezesseis) habitantes, muito abaixo da média mundial. Seriam necessários 299 leitos de saúde mental em hospitais gerais para se atingir a média apresentada pela OMS. Por outro lado, considerando o parâmetro adotado pela Portaria GM nº 1.631/2015, que estabelece 1 leito para 23.000 habitantes, seriam necessários **652** leitos de saúde mental em hospitais gerais. Em qualquer das referências, verifica-se um déficit nesse indicador. Como visto nos Relatórios de gestão, a implantação dos leitos para saúde mental em hospitais gerais teve pouco êxito nos últimos quinze anos na Bahia.

#### *4) Sobre a cobertura de CAPS na Bahia*

Verificou-se que, em dezembro de 2020, último da série histórica aqui construída, a Bahia possuía 264 CAPS, o que lhe colocava na terceira posição nacional em números absolutos referentes a habilitação desses serviços. Na ocasião, havia 211 municípios com ao menos 1 CAPS habilitado, correspondendo a 50,6% dos municípios baianos. Esse é um parâmetro de grande relevância para contrastar os modelos assistenciais. No momento de maior força do modelo hospitalocêntrico na Bahia, entre as décadas de 1980 e 1990, existiam 11 hospitais psiquiátricos distribuídos em 5 municípios e outros 8 hospitais gerais com leitos

psiquiátricos distribuídos em 6 diferentes municípios, ou seja, apenas 2,65% dos municípios tinham algum serviço especializado em saúde mental<sup>216</sup>. Inquestionavelmente a reorientação do modelo assistencial expandiu e interiorizou a assistência. As críticas à suposta desassistência produzida pela reforma psiquiátrica na Bahia perdem força diante da evidência de que se expandiu a cobertura potencial, ainda que não se tenham dados precisos sobre a cobertura real. A capacidade de oferta de serviços foi fortemente ampliada. Com base na média ponderada para cálculo desse indicador, de acordo com o parâmetro do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, p. 75), a Bahia tem 1,18 CAPS para cada grupo de 100.000, indicador superior à condição alcançada em âmbito nacional, que era 1,04 CAPS por 100.000 habitantes, em dezembro de 2020.

Esse indicador revela a potência da mudança do modelo, mas não reflete as lacunas assistenciais em relação às diferentes regiões do estado da Bahia. Os dois maiores municípios do estado estão abaixo da média já alcançada na Bahia e no Brasil. Em Feira de Santana, a média é de 0,89/100.000 e em Salvador é 0,69/100.000. Em Salvador, a RAPS não recebe incremento de CAPS desde 2012.

Verificou-se também que, na análise da tipificação dos CAPS habilitados no estado, há um déficit proeminente no percentual dos CAPS de maior estrutura. Existem apenas 4 CAPS tipo III, correspondendo a 1% desses serviços. Há somente 6 CAPS tipo AD III, que também representam 1% dos serviços habilitados. Nacionalmente, cada modalidade desses serviços representa 4% das habilitações. Em relação aos CAPS AD, constataram-se 20 serviços habilitados, correspondendo a 8% do total de CAPS no estado; em âmbito nacional, a proporção é de 13%. Em relação ao CAPS IA, localizaram-se 13 habilitações, equivalendo a 4% dos serviços; em âmbito nacional esse tipo de CAPS chega a 10% dos serviços. Esses dados apontam para a necessidade de que o planejamento da política de saúde considere as tipificações dos serviços a serem implantados a fim de que as lacunas sejam dirimidas. Os CAPS AD, CAPS IA e CAPS III são serviços que carecem de expansão na Bahia.

##### *5) Sobre as estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial*

Verificou-se um significativo déficit de pontos de atenção estratégicos da RAPS, a exemplo dos SRT, UA, eCR, Centros de Convivência e iniciativas de Economia Solidária em saúde mental. Com base nos dados do CNES, viu-se que na Bahia existiam apenas 16

---

<sup>216</sup> Não foi possível identificar indicadores que permitissem construir séries históricas da presença de ambulatórios públicos de saúde mental nas décadas de 1980 e 1990 na Bahia.

SRT habilitados em junho de 2021. Entre 2008 e 2021, houve incremento de apenas 6 unidades. Não há um parâmetro para expansão desses serviços, mas sabidamente esse número é insuficiente. Além dos serviços já habilitados, em 2017, o ‘Plano de Desinstitucionalização da Bahia’ havia detectado a necessidade de implantar 15 novos SRT para acolher os 127 moradores existentes naquele momento. Depois da aprovação do ‘Plano’ houve habilitação de apenas 1 novo SRT na Bahia.

As Unidades de Acolhimento padecem de situação semelhante. A Bahia tem apenas 8 serviços habilitados no CNES. A Portaria GM nº 121/2012 não definiu uma meta de cobertura para esses serviços; contudo, preconiza-se que as UA-Adulto sejam referências para populações iguais ou superior a 200.000 habitantes, enquanto que as UA-Infanto-juvenil devem ser referência para populações acima de 100.000 habitantes. A Bahia tem 17 municípios que atendem a esses critérios que, juntos, somam 6.194.741 (seis milhões, cento e noventa e quatro mil, setecentos e quarenta e um) habitantes. Quase metade desse número corresponde à população residente em Salvador, que tem apenas 2 UA.

Quanto às equipes de Consultório de Rua, componente fundamental para o cuidado em saúde mental na atenção básica, constatou-se uma situação de baixa oferta. Na Bahia existiam 15 eCR habilitadas até junho de 2021. Esses serviços também estão previstos para populações iguais ou superiores a 100.000 habitantes. A Portaria GM Nº 1.255/2021 estabeleceu que, ao todo, as 17 cidades baianas que atendem a esse critério populacional poderão habilitar até 38 eCR. O número de equipes atualmente habilitadas corresponde a 39,5% do potencial de implantação desses serviços. Assim, estima-se que haja um déficit de 23 eCR.

Constatou-se, ainda, insuficiência de Centros de Convivência e iniciativas de Economia Solidária. Esses serviços nem estão parametrizados, nem possuem dotação orçamentária definida na PNSMAD. Em geral, são ações vinculadas à gestão estadual ou municipal. Na Bahia há apenas 1 Centro de Convivência em funcionamento articulado à política de saúde mental. Em relação a empreendimentos de economia solidária, foi identificado também apenas 1 iniciativa em atividade. Essa atividade não tem custeio direto das secretarias de saúde (municipal/estadual), embora seja exclusivo para usuários da rede de saúde mental<sup>217</sup>. Esses dois últimos pontos de atenção tiveram pouco prestígio nos instrumentos do planejamento da RAPS em âmbito estadual.

## 6) *Sobre o dilema dos novos (antigos) serviços do paradigma psiquiátrico*

---

<sup>217</sup> A atividade recebeu um financiamento da Secretaria de Trabalho, Emprego, Renda e Esporte da Bahia

Por outro lado, dois pontos de atenção inseridos na RAPS a partir de 2013 tiveram rápida expansão: as Comunidades Terapêuticas e as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM). Não se têm dados atualizados sobre o número total de Comunidades Terapêuticas em funcionamento na Bahia. O Governo Federal financia 18 instituições e o Governo do Estado financia outras 13 instituições. São 31 instituições financiadas com recurso público. O número de Comunidades Terapêuticas na Bahia é maior do que o número de CAPS AD habilitados no estado, que são apenas 18 ao todo (são 12 do tipo II e 6 serviços do tipo III).

O Governo do Estado financia só 1 CAPS AD, mas financia 13 Comunidades Terapêuticas, o que demonstra uma evidente opção política de valorização do tratamento moral em espaços de reclusão, em desfavor dos serviços abertos de caráter comunitário. Com isso, reproduz-se também uma opção privatista, semelhante ao que aconteceu durante o período da ditadura militar no Brasil quando se favoreceram os manicômios privados. Em 2020, o número de vagas em Comunidades Terapêuticas financiadas com recurso do Governo do Estado chegou a quase 900; essa disponibilidade de vagas era aproximadamente o número de leitos em hospitais psiquiátricos em 2013 na Bahia.

Quanto às EMAESM, serviços inseridos no CNES a partir de 2019, houve um incremento num ritmo não visto com nenhum outro serviço especializado da RAPS na última década. Entre 2019 e 2021, houve incremento de 16 novos CAPS, mas, nesse mesmo período, foram habilitados 36 EMAESM. Até mesmo municípios que já têm CAPS habilitados estão optando por expandir esses ambulatórios, em detrimento da ampliação da rede de CAPS. Como elementos de fundo nesse debate, há três fatores que possivelmente têm sido os impulsionadores dessa mudança de perspectiva: 1) o custeio dos CAPS permanece congelado desde 2011, com déficit inflacionário de aproximadamente 70% ao longo desse período; 2) o viés da medicalização da sociedade e da psiquiatria biológica demonstra claros sinais de reposicionamento no campo da saúde mental, em substituição da psiquiatria social/comunitária, como demonstrado por Desviat (2018, p. 181); 3) a crescente financeirização da saúde pode facilmente permitir a criação de empresas especializadas exclusivamente na oferta desses serviços de caráter ambulatorial em um horizonte próximo

O ressurgimento e a tonificação das Comunidades Terapêuticas e das EMAESM são indícios que confirmam um novo processo de *aggiornamento* com a recomposição das linhas do paradigma psiquiátrico tradicional. O reaparecimento das práticas asilares e da medicalização social, no campo da saúde mental, revelam o reaparecimento das típicas

*doxas* estruturantes do *habitus* psiquiátrico, reacendendo a disputa pelos capitais simbólico e financeiro desse campo.

#### 7) *Sobre a intersetorialidade na política de saúde mental na Bahia*

Um dos aspectos relevantes contidos no ‘modelo-lógico’ da PNSMAD é a intersetorialidade. A desinstitucionalização demanda um agenciamento de relações entre diversas políticas sociais para que se construam condições favoráveis à proteção social. Uma política de saúde mental pressupõe colaborações intersetoriais, como recomendado pela OMS (WHO, 2009, p. 5). Na análise dos instrumentos de gestão da Bahia, verificou-se pouca articulação intersetorial com políticas de educação, trabalho e renda, cultura, assistência social e, fundamentalmente, com o sistema de justiça e garantia de direitos. Os poucos registros identificados diziam respeito a ações pontuais que não tiveram continuidade nas programações dos anos seguintes. Não há parâmetros para isso, mas há uma expertise acumulada na história da RPB que demonstra que essa é uma condição *sine-qua-non*. A intersetorialidade faz parte do alicerce da reforma psiquiátrica. Aliás, observou-se também franca desarticulação interinstitucional, sobretudo entre a gestão de saúde estadual e a gestão de saúde Salvador no que diz respeito à construção compartilhada da política. Não se constatou sincronia entre os instrumentos de gestão (planos e planejamentos) da SESAB e da Secretaria Municipal de Salvador, conforme apontado anteriormente.

#### 8) *Sobre a formação de pessoas para a qualificação da gestão e da assistência*

Como apresentado no ‘modelo-lógico’ da PNSMAD, um dos produtos esperados do componente ‘gestão de pessoas’ é a política de educação permanente para o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas. Trata-se de um aspecto de absoluta relevância para a mudança do modelo assistencial. No caso da Bahia, o tema apareceu reiteradamente nos instrumentos da gestão estadual. Na maioria das vezes, as atividades ficaram restritas às iniciativas do CAPS AD Gregório de Matos. As webconferências representaram boa parte das atividades de formação. Alguns eventos e alguns cursos foram realizados, mas não necessariamente tiveram continuidade ou renovação das turmas. Não existe, ao certo, uma tabulação sobre o número de trabalhadores/as de todos os pontos de atenção da RAPS da Bahia; contudo, considerando uma média de 10 profissionais por CAPS, eCR e UA, pode-se estimar algo próximo de 3.000 pessoas. Se a conta incluir as eSF, os NASF, as equipes do SAMU, essa soma ultrapassará o número de 20.000 pessoas. Não se verificou nos

instrumentos de gestão um dimensionamento para disponibilizar oportunidades ou recursos de educação permanente com capacidade de mobilizar o conjunto das pessoas que atuam no campo da saúde mental no estado.

Como visto, há um enorme potencial de acolhimento nos hospitais gerais. Não se verificou nenhuma ação específica para o aprimoramento do cuidado em relação a esse ponto de atenção, que poderia ser uma solução consistente e definitiva para o impasse da continuidade dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Particularmente em Salvador, cabe uma avaliação crítica sobre o espaço pedagógico ocupado pelo Hospital Juliano Moreira. A súmula da reunião da CIPAD de 23/05/2017 registrou que, anualmente, cerca de 790 estudantes (estágios, residências e internato) têm essa instituição como espaço de formação. Isso implica dizer que essa instituição continua sendo, possivelmente, o maior canteiro de formação de futuros trabalhadores para a saúde mental em Salvador e, quiçá, do estado da Bahia.

A Superintendência de Recursos Humanos da SESAB tem sido responsável pelo ‘Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde’. No documento referente ao período 2019-2022 não há indicação sobre temas relacionados à saúde mental. Evidentemente o tema da saúde mental pode ser transversal em alguns aspectos, mas também demandaria algumas estratégias, sobretudo com processos formativos relacionados ao cotidiano dos serviços. O Eixo 3 do ‘Plano de Desinstitucionalização da Bahia’ estabeleceu alguns indicativos para a educação continuada, para a educação permanente e para a formação profissional; mas, esse foi um dos eixos que teve menor evolução.

Diante desses dados, deduz-se que a educação permanente em saúde mental na Bahia continua à espera de ser incluída na agenda da política de saúde de modo a contemplar a amplitude da Rede já construída, com seus tensionamentos, com seu repertório e com sua diversidade.

#### *9) Sobre a articulação intrasetorial ou a integração dos pontos de atenção da RAPS*

No tocante às Redes que fazem laço cruzado na RAPS (a Atenção Básica e a Rede de Urgência e Emergência), constatou-se que a Bahia tem uma significativa oferta de serviços. A Bahia tem 77,54% de cobertura da Atenção Básica, índice superior à cobertura alcançada em âmbito nacional, que é de 64,48% (ver gráfico 27). A Bahia tem 449 equipes NASF implantadas em 349 municípios; isso equivale a, ao menos, uma equipe NASF em 84% dos municípios do estado. Quanto às características da Rede de Urgência e

Emergência, há 20 centrais regionais do SAMU que conferem cobertura para 297 municípios, equivalendo a 71,2% dos municípios do estado.

Mesmo tendo uma rede com recursos físicos em quantidade significativa, viu-se que há indícios de desarticulação entre os serviços especializados em saúde mental e os pontos de atenção das demais Redes, aspectos refletidos principalmente na baixa quantidade de ações de matriciamento realizados pelos CAPS em relação às redes de Atenção Básica e de Urgências e Emergências. Nesse caso, o nó crítico não é a carência de serviços, mas a integração entre esses pontos de atenção.

#### 10) *Sobre as dimensões político-gerencial e técnico-assistencial da política de saúde mental na Bahia*

O ‘Modelo Lógico’ que subsidiou esse estudo foi sistematizado com base em duas das dimensões da PNSMAD: a *dimensão político-gerencial* e a *dimensão técnico-assistencial*. Como se viu, cada dimensão tem seus respectivos componentes, objetivos atividades, produtos, resultados intermediários e resultado final ou imagem-objetivo.

Passadas duas décadas após a promulgação da Lei 10.216/2001, não há dúvidas de que houve profundas mudanças no modelo assistencial em saúde mental no estado da Bahia. Ao longo da presente investigação, viu-se importantes conquistas -que devem ser preservadas; constou-se significativas lacunas -que precisavam ser reconhecidas; e, por fim, verificou-se também a eclosão de um conjunto de ameaças que põem em risco o conjunto das conquistas.

A reorientação do modelo assistencial na Bahia ocorreu com expressivas desigualdades em relação às diferentes regiões de saúde do estado. Os municípios que não tinham hospital psiquiátrico conseguiram expandir suas redes de serviço comunitários numa cadência mais rápida que os municípios que foram ou são sede de hospital psiquiátrico. Verificou-se uma relação inversamente proporcional entre o tamanho do município e a capacidade de implantação dos serviços especializados da RAPS. Os maiores municípios do estado tende a ter proporcionalmente menor cobertura de CAPS quando comparado os municípios de médio porte.

Em particular, a realidade da política de saúde mental em Salvador corresponde a uma história de evolução com resultados abaixo da dinâmica e da pulsação que se viu, em geral, na implantação de serviços no conjunto dos demais municípios do estado. As fragilidades identificadas no modelo assistencial em saúde mental na Bahia tiveram, em Salvador, uma condição amplificada, seja em relação aos indicadores de oferta e

diversificação do cuidado, seja em relação à gestão e integralização da RAPS. Nesse sentido, mesmo considerando que se trata do principal município do estado, é preciso que se tenha o cuidado de não tomar essa realidade como representação da imagem-objeto da complexa política de saúde mental da Bahia. O contexto de Salvador e o contexto estadual se configuram como distintas unidades de análise, mesmo que as fragilidades encontradas em Salvador necessariamente repercutam nos resultados estaduais.

Numa averiguação pormenorizada dos resultados intermediários das *dimensões político-gerencial e técnico-assistencial* da política de saúde mental na Bahia, conforme exposto no modelo-lógico (ver figuras 6 e 7), pode-se dizer que os resultados intermediários previstos foram obtidos de forma parcial, a saber: a diversificação do cuidado, a ampliação do acesso à RAPS, a articulação dos pontos de atenção da RAPS, a qualificação do cuidado, a integralidade da atenção em saúde, a reinserção psicossocial, a redução de riscos e danos associados ao uso de substâncias psicoativas, o combate ao estigma e à exclusão social, a radicalidade da desinstitucionalização dos internos de longa permanência. Isto posto, pode-se afirmar que a reorientação do modelo assistencial e a atenção integral em saúde mental, como imagens-objetivos da política de saúde mental da Bahia, obtiveram resultados somente parciais. Considerando as duas dimensões aqui estudadas, pode-se concluir que, na Bahia, a reorientação do modelo assistencial em saúde mental atualmente é uma obra inacabada.

Essas constatações apresentadas não devem instrumentalizar a retórica cotrarreformista. Ao contrário disso, os dados aqui apresentados apontam para a necessidade de aprimoramento da própria política, sem ceder no pacto civilizatório que, no Brasil, se expressa por meio do princípio da vedação do retrocesso. Esses achados indicam a necessidade aperfeiçoamento da política, não um regresso.

De imediato, há três aspectos que precisam ser considerados como sugestões para um necessário aprimoramento. Em primeiro lugar, é imprescindível intensificar o debate sobre a construção de indicadores, parâmetros, mecanismos de monitoramento e avaliação da política de saúde mental de modo a tornar a avaliação um dispositivo de fortalecimento da própria política. Atualmente há vários aspectos da PNSMAD defasados em termos de planejamento (cobertura, distribuição territorial, tipificação de serviços, etc.) e há outros que nem mesmo entram no planejamento regular (interstorialidade, economia solidária, entre outros). Em segundo lugar, é absolutamente urgente o debate sobre o financiamento da política de saúde mental no orçamento federal e no orçamento dos estados. Como apresentado anteriormente, o gasto proporcional da política de saúde mental, no conjunto

do gasto com saúde no Brasil, tem sido aproximadamente metade do que gastam os países da OCDE. O orçamento da política de saúde mental está dramaticamente estrangulado e vem sofrendo déficits inflacionários. Não há parâmetros ou mesmo pactuações sobre a participação das gestões estaduais no financiamento da política de saúde. Isso gera impasses para a operacionalização da política. Em terceiro lugar, por fim, é também urgente a retomada do compromisso de ruptura com o manicômio/hospital psiquiátrico enquanto lugar de práticas. Há de se confrontar não somente os hospitais psiquiátricos caricatos, mas também suas versões *aggiornadas*, atualizadas na forma de Comunidades Terapêuticas e seus correlatos.

Definitivamente, após essas duas décadas de amadurecimento, o Brasil e a Bahia poderiam ousar seguir a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009, p. 25) em sua clara recomendação de fechamento dos hospitais psiquiátricos. No Brasil, com a rede que possui atualmente, esse desafio é mais sociocultural que assistencial. Na Bahia, além de um desafio sociocultural, é também um desafio político, dada a histórica fragilidade da capacidade de governo nesse tema. Os riscos e as garantias, as fragilidades e as potências, os fracassos e os sucessos das experiências de reforma já são conhecidos. A continuidade dos hospitais psiquiátricos ocorre não é porque a RAPS está inacabada; é o contrário disso. A RAPS está inacabada, porque ainda existem hospitais psiquiátricos e suas metamorfoses, como as Comunidades Terapêuticas, que reproduzem a histórica ‘tecnologia positiva de poder’ típica dos ‘Aparelhos Repressivos do Estado’, condição absolutamente diferente do fundamento ético das ‘instituições inventadas’ pela reforma psiquiátrica. Não há justificativa plausível para que as políticas de saúde do século XXI busquem no século XVIII referências assistenciais para o cuidado aos que manifestam sofrimento mental.

Tudo o que estimula o pacto civilizatório trabalha concomitantemente contra a exclusão social das pessoas vulneradas, inclusive os loucos. Afirmar o compromisso com a liberdade e com a dignidade no cuidado em saúde mental tornou-se uma questão central e irrevogável para as sociedades democráticas. A desinstitucionalização, como preconizada pela RPB, faz parte das utopias desse novo pacto civilizatório.

Diante dos rumos adotados pela política de saúde mental no Brasil e na Bahia, cabe uma provocação final. Não há possibilidade de êxito em um processo de reforma psiquiátrica profunda quando os compromissos assumidos só permitem soluções parciais. Basaglia (2005, p. 154) havia alertado que, “se o manicômio continua a servir como local de descarga dos doentes transtornados, o resto é uma mistificação”.

## Referências Bibliográficas

- ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria, *et al.* Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil. 2005. Acessado em 05/05/2021. Disponível em: [http://periciamedicadf.com.br/publicacoes/anexo\\_diretrizes\\_em\\_saude\\_mental.pdf](http://periciamedicadf.com.br/publicacoes/anexo_diretrizes_em_saude_mental.pdf)
- ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria, *et al.* Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil. 2014. Acessado em 05/05/2021. Disponível em: [http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes\\_final.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf)
- ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria, *et al.* Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil. 2020. Acessado em 05/05/2021. Disponível em: [http://crp16.org.br/wp-content/uploads/2020/12/e0f082\\_988dca51176541ebaa8255349068a576.pdf](http://crp16.org.br/wp-content/uploads/2020/12/e0f082_988dca51176541ebaa8255349068a576.pdf)
- ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Nota Pública da Frente pela ampliação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial da Bahia. 2017. Acessado em 21/09/2021. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/nota-publica-da-frente-pela-ampliacao-e-fortalecimento-da-rede-de-atencao-psicossocial-da-bahia/25941/>
- ALTHUSSER, Louis. Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado. 3 ed. Lisboa: Editorial Presença/Martins Fontes, 1980. AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- ALVES, Domingos Sávio do Nascimento. *et al.* Elementos para uma Análise da Assistência em Saúde Mental no Brasil. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Textos da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994
- ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS - ABRASCO, 2001.
- ALVES, Domingos Sávio do Nascimento. Por um Programa brasileiro de Apoio a Desospitalização. In: Pitta, Ana Maria Fernandes. São Paulo: Hucitec. 2016.
- AMARAL, Carlos Eduardo Menezes; *et al.* Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. Revista Interface, comunicação, saúde e educação. Vol. 22(66), 2018. Acessado em 10/11/2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/5Wvtfd6NxPwBRb6BpBp5jBF/?lang=pt&format=pdf>
- AMARANTE, Paulo. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.
- AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.
- AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, Ligia *et. al.* Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

AMEA - Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares do Serviço de Saúde Mental; *et. al.* Carta à Secretaria Municipal de Saúde de Salvador “Por uma política de saúde mental comprometida com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com o SUS. Salvador, 02 de dezembro de 2020. Mimeo.

APB - Associação Psiquiátrica da Bahia. Memorial da Associação Psiquiátrica da Bahia. Saúde em Debate, nº 6. Jan-mar de 1978. Acessado em 05/05/2021. Disponível em: [https://docvirt.com/asp/acervo\\_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.6&pesq=&x=45&y=12](https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.6&pesq=&x=45&y=12)

ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração Editorial. 2013.

ASSIS, Machado. O alienista. Coleção Mestres da Literatura. São Paulo: PAE – Programa de Assistência ao Estudante. 2006.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica, conhecimento e práticas em saúde: a propósito da avaliação. In: ONOCKO-CAMPOS, Rosana. *et al.* Pesquisa avaliativa em saúde mental – desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, 2008.

BAHIA, Comissão Intergestores Bipartite. Resolução Nº 38. de 05 de março de 2013. Aprova a Rede de Atenção Psicossocial no Estado da Bahia e a metodologia de trabalho para elaboração dos desenhos regionais da Rede. SESAB/CIB: Salvador, 2013c. Acessado em 13/02/2022. Disponível em: [http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2013/Resolucoes\\_CIB\\_2013\\_001\\_200.pdf](http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2013/Resolucoes_CIB_2013_001_200.pdf)

BAHIA, Governo do Estado da. Secretaria da Saúde da Bahia (SESAB). Conselho Estadual de Saúde. Relatório da III Conferência de Saúde Mental do Estado da Bahia - III CSMEB. 12 e 13 de novembro de 2001. Salvador-BA. (Mimeo).

BAHIA, Ministério Público Estadual; Ministério Público Federal & Defensoria Pública da União. Ação Civil Pública com Pedido de Concessão de Tutela de Urgência em Caráter Liminar. Inquéritos Cíveis Nº 003.9.270800/2016/MPE e 1.14.000.000682/2017-66/MPF. Setembro de 2017.

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da. Governo do Estado da Bahia. Plano Plurianual de Saúde Mental para o Estado da Bahia – 2003-2006 – Grupo de Trabalho - Portaria GS/SESAB 092 de 21/01/03. (Mimeo).

BAHIA. Secretaria de Saúde da. Análise da situação de Saúde Mental do estado da Bahia em julho de 2008. Salvador; 2008. (Mimeo)

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da. Agenda Estratégica de Saúde. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário de Saúde. Salvador: SESAB. 2008a. (Mimeo).

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da. Relatório de Gestão SESAB 2008. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário de Saúde. Salvador: SESAB. 2008b. (Mimeo).

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado da. Superintendência de Atenção Integral à Saúde. Diretoria de Gestão do Cuidado. Área Técnica de Saúde Mental. Análise de Situação da Saúde Mental do Estado da Bahia. Salvador: SESAB. Julho de 2008c. (Mimeo).

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da. Plano Estadual de Saúde 2008-2011. Gestão 2007-2010. Vigência: dezembro de 2011 Revista Baiana de Saúde Pública / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. – v. 33, supl. 1, nov. 2009 - Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2009a. Acessado em 10/02/2022. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Plano-Estadual-de-Sa%C3%BAde\\_2008-2011.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Plano-Estadual-de-Sa%C3%BAde_2008-2011.pdf)

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Agenda Estratégica da Saúde 2009-2010 / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Organização Pan-Americana da Saúde. Salvador: SESAB, 2009b.

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da. Relatório de Gestão SESAB 2009. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário de Saúde. Volume I. Salvador: SESAB. 2010a. (Mimeo).

BAHIA, Secretaria da Saúde da Bahia (SESAB). Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS. Diretoria de Gestão do Cuidado – DGC. Relatório da IV Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial da Bahia. 24 a 26 de maio de 2010b. Salvador – BA. (Mimeo).

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da. Relatório de Gestão SESAB 2010. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário de Saúde. Salvador: SESAB. 2011a. (Mimeo).

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Programação Anual de Saúde 2011 (PAS)/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Salvador: SESAB, 2011b. (Mimeo).

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da. Relatório de Gestão SESAB 2011. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário de Saúde. Salvador: SESAB. 2011c. (Mimeo).

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Revista Baiana de Saúde Pública/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. - v. 36, supl. 1, dez. 2012 - Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2012a. Acessado em 01/02/2022. Disponível em: <https://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/642>

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Programação Anual de Saúde 2012 (PAS)/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Salvador: SESAB, 2012b. (Mimeo).

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da. Relatório de Gestão SESAB 2012. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário de Saúde. Salvador: SESAB. 2012c. (Mimeo)

BAHIA, Governo do Estado da. Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SJCDH). Política Estadual sobre Drogas. Salvador: SJCDH. 2012d. (Mimeo).

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Programação Anual de Saúde 2013 (PAS)/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Salvador: SESAB, 2013a. (Mimeo).

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da. Relatório de Gestão SESAB 2013. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário de Saúde. Salvador: SESAB. 2013b. (Mimeo).

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Programação Anual de Saúde 2014 (PAS)/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Salvador: SESAB, 2014a. (Mimeo).

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da. Relatório de Gestão SESAB 2014. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário de Saúde. Salvador: SESAB. 2014b. (Mimeo).

BAHIA, Secretaria de Saúde. Protocolo Estadual de Classificação de Risco/ SESAB. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia: Salvador, 2014c.

BAHIA, Governo do Estado da. Lei nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014. Modifica a estrutura organizacional da administração pública do poder executivo estadual e dá outras providências. Acessado em 16/11/2021. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/ba/lei-ordinaria-n-13204-2014-bahia-modifica-a-estrutura-organizacional-da-administracao-publica-do-poder-executivo-estadual-e-da-outras-providencias>

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Programação Anual de Saúde 2015 (PAS)/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Salvador: SESAB, 2015a. (Mimeo).

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da. Relatório de Gestão SESAB 2015. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário de Saúde. Salvador: SESAB. 2015b. (Mimeo).

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Plano Estadual de de Saúde 2016-2019 (PES)/ Revista Baiana de Saúde Pública. v. 40, supl. 3, out./dez. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Salvador: SESAB, 2016a. Acessado em 14/02/2022. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Plano-Estadual-de-Saude\\_Revista40-Sup3-2016-PES2016-2019.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Plano-Estadual-de-Saude_Revista40-Sup3-2016-PES2016-2019.pdf)

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Programação Anual de Saúde 2016 (PAS)/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Salvador: SESAB, 2016b. <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/SESAB-Programa%C3%A7%C3%A3o-Anual-de-Sa%C3%BAde-2016.pdf>

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da. Relatório de Gestão SESAB 2016. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário de Saúde. Salvador: SESAB. 2016c. Acessado em 14/02/2022. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Relat%C3%B3rio-Anual-de-Gest%C3%A3o-2016.pdf>

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Programação Anual de Saúde 2017 (PAS)/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Salvador: SESAB, 2017a. Acessado em 14/02/2022. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/SESAB-Programa%C3%A7%C3%A3o-Anual-de-Sa%C3%BAde-2017.pdf>

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da. Relatório de Gestão SESAB 2017. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário de Saúde. Salvador: SESAB. 2017b. Acessado em 14/02/2022. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Relat%C3%B3rio-Anual-de-Gest%C3%A3o-2017.pdf>

BAHIA. Governo do Estado da. Secretaria da Saúde da Bahia (SESAB). Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS). Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC). Coordenação de Políticas Transversais (CPT). Área Técnica de Saúde Mental (ATSM). Plano de Desinstitucionalização da Bahia. SESAB: Salvador, novembro de 2018a. (Mimeo).

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Programação Anual de Saúde 2018 (PAS)/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Salvador: SESAB, 2018b. Acessado em 14/02/2022. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/SESAB-Programa%C3%A7%C3%A3o-Anual-de-Sa%C3%BAde-2018.pdf>

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da. Relatório de Gestão SESAB 2018. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário de Saúde. Salvador: SESAB. 2018c. Acessado em 14/02/2022. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Relat%C3%B3rio-Anual-de-Gest%C3%A3o-2018.pdf>

BAHIA, Secretaria de Saúde da. Portaria nº 543, de 10 de maio de 2018. Institui incentivo financeiro estadual mensal para complementação do custeio de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas modalidades CAPS III e CAPS AD III e dá outras providências. Diário Oficial do Estado da Bahia. Salvador, sexta-feira, 11 de maio de 2018. Ano CII – nº 22.415.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Programação Anual de Saúde 2019 (PAS)/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Salvador: SESAB, 2019a. Acessado em 14/02/2022. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/SESAB-Programa%C3%A7%C3%A3o-Anual-de-Sa%C3%BAde-2019.pdf>

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da. Relatório de Gestão SESAB 2019. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário de Saúde. Salvador: SESAB. 2019b. Acessado em 14/02/2022. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Relat%C3%B3rio-Anual-de-Gest%C3%A3o-2019.pdf>

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado da. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Revista Baiana de Saúde Pública. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. - v. 44, supl.1, jan./mar. 2020a. Acessado em 10/02/2022. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/10/PES-2020-2023-VERSAO-FINAL.pdf>

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Programação Anual de Saúde 2020 (PAS)/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Salvador: SESAB, 2020b. Acessado em 14/02/2022. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/Programacao-Anual-de-Saude-2020.pdf>

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Programação Anual de Saúde 2021 (PAS)/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Salvador: SESAB, 2020. Acessado em 14/02/2022. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/Programacao-Anual-de-Saude-2021.pdf>

BAHIA, Serviço Público Estadual. Resolução CIB Nº 132/2007. Aprova o novo desenho do Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia. Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. Salvador; SESAB, 2007. Acessado em 20/06/2021. Disponível em: [http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2007/Resolucao\\_CIB\\_132\\_2007.pdf](http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2007/Resolucao_CIB_132_2007.pdf)

BARBUI, C., PAPOLA, D.; SARACENO, B. Quarenta anos sem hospitais psiquiátricos na Itália. *Int J Ment Health Syst* 12, 43 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0223-1>

BARDIN, Laurence. Análise do Discurso. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRETO, Jubel. O umbigo da Reforma Psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental. Juiz de Fora: ed. UFJF, 2005.

BARROS, Sônia; *et al.* Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.23, n.4, 2014. Acessado em 22/10/2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nF4PdVbQJz3thK9sPThVkwP/?lang=pt&format=pdf>

BASAGLIA, Franco. *Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Ed. Brasil Debate, 1979.

\_\_\_\_\_. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

\_\_\_\_\_. Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro; *et al.* III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (III LNUD). Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: ICICT/ Fiocruz. 2017.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo. Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

BOBBIO, Norberto. Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. Dicionário de política I; trad. Carmen C, Varriale *et al.* Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1ª ed., 1998.

BOSI, Maria Lúcia M.; MERCADO-MARTINEZ, Francisco J. Avaliação de políticas e programas e serviços de saúde: modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. In: CAMPOS, Rosana Onocko; FURTADO, Juarez Pereira. Desafios da avaliação de programa e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes. Campinas: Editora da UNICAMP, 2011.

BOURDIEU, Pierre. Sociologia. (Coleção Grandes Cientistas Sociais, vol. 39), São Paulo: Ática. 1983.

\_\_\_\_\_. O Poder Simbólico. Lisboa (Portugal): DIFEL. 1989.

\_\_\_\_\_. Meditações Pascalinas. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil. 2001

\_\_\_\_\_. *Homo Academicus*. Buenos Aires - Argentina: Siglo XXI Editores. 2008.

\_\_\_\_\_. Razões práticas: Sobre a teoria da ação. Campinas-SP: Papirus, 2011.

\_\_\_\_\_. Senso Prático. Patrópolis, RJ: Editora Vozes. 2013.

\_\_\_\_\_. Sobre o Estado: Cursos no Collège de France (1989-92). São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

BARATA, Rita Barradas. Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BRASIL, Câmara dos Deputados. I Caravana Nacional de Direitos Humanos. Relatório: Uma amostra da realidade manicomial brasileira. Centro de Documentação e Informação Coordenação de Publicações da Câmara dos Deputados. Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 8., Brasília, 1987. (1ª Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde Mental (2ª CNSM: Brasília: 1992) Caderno de Textos da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96 - Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde Mental (3ª CNSM). Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (4ª CNSM). Relatório Final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Acessado em 10/03/2020. Disponível em: [https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)

BRASIL, Ministério da Saúde do. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde: Brasília, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Acessado 22/11/2021. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html)

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Acesso em 20/03/2021. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052\\_20\\_01\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html)

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Acessado em 20/04/2020. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui 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). Acessado em 25/02/2021. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Acessado 22/11/2021. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-148-31-JANEIRO-2012.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631\\_01\\_10\\_2015.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html)

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Acessada em 23/02/2020. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html)

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Acesso em 23/02/2020. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 3.659, de 14 de novembro de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Acesso em 23/02/2020. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3659\\_16\\_11\\_2018.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3659_16_11_2018.html)

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.255, de 18 de junho de 2021. Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União. Publicado em: 21/06/2021 | Edição: 114 | Seção: 1 | Página: 91. Acessado em 05/03/2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.255-de-18-de-junho-de-2021-326852389>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Acessado em 05/05/2021. Disponível em:

[https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/portaria\\_224.pdf](https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/portaria_224.pdf)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 8, Ano VI, nº 8, janeiro de 2011. Ministério da Saúde: Brasília, 2011. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. 2019. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Acesso em 15/01/2020. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diário Oficial da União. Publicado em: 11/02/2020; Edição; 29; Seção: 1; Página: 57. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-99-de-7-de-fevereiro-de-2020-242574079>

BRASIL, Ministério da Saúde do. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Nota Técnica Nº 38/2019 - DAPES/SAPS/MS. Acessado em 05/05/2021. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2019\\_nota\\_tecnica\\_diu.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2019_nota_tecnica_diu.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Inter federativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Inter federativa. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Acessado em 20/10/2020. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html)

BRASIL. Presidência da República do. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Acessado em 30/09/2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n 9.867, de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica. Acessado em 20/05/2021. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19867.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19867.htm)

BRASIL, República Federativa do. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei Nº 3.657/1989. Diário do Congresso Nacional. Ano XLIV, Nº 127. 29/09/1989. Página 10.096. Acessado em 05/06/2021. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>

BRASIL, República Federativa do. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Acessado em 30/09/2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)

BRASIL. República Federativa do. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL, República Federativa do. Decreto nº. 1.132 de 22 dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. Diário Oficial da União - Seção 1 - 24/12/1903, Página 5853. Acessado em 10/03/2020. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>

BRASIL, República Federativa do. Decreto n.º 8.834 de 11 de julho de 1911. Reorganiza a Assistência a Alienados. Diário Oficial da União - Seção 1 - 18/7/1911, Página 8818. Acessado em 10/03/2020. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-8834-11-julho-1911-507693-publicacaooriginal-1-pe.html>

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Publicado no DOU de 01/08/2003. Acessado em 05/10/2021. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm)

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. Revista Ser Social: ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE. Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020. Acessado em 20/04/2021. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25630/25147](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147)

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A política pública de saúde e a avaliação no Brasil. In: ONOCKO-CAMPOS, Rosana; FURTADO, Juarez Pereira. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

CASTEL, Robert: A Ordem Psiquiátrica - A idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CATANI, Afrânio Mendes; *et al.* (Orgs.) Vocabulário Bourdieu. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2017.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005/ CARLINI, Elisardo. (Supervisão) *et al.* São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CERQUEIRA, Luiz. Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental. São Paulo: Livraria Atheneu, 1984.

CERQUEIRA, Sara Cristina; ROCHA, Marcelo Dourado; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Planejamento Municipal em Saúde: o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes (org). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.

CIPAD – Planejamento das Ações de Desinstitucionalização no Estado da Bahia. Secretaria de Saúde da Bahia. Súmula da IV Reunião da Comissão Interinstitucional para Planejamento das Ações de Desinstitucionalização (CIPAD) no Estado da Bahia. 23/05/2017. (Mimeo).

CFM – Conselho Federal de Medicina. Ofício. 068/17/ABP/SEC. Brasília, 25 de abril de 2017. Acesso em 12/02/2021. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/notatecnicacfmeabp.pdf>

CFP - Conselho Federal de Psicologia; MNPCT - Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; PFDC - Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017. – Brasília-DF: CFP, 2018.

CHAMPAGNE, François. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, Astrid. *et al.* (Orgs). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011(a).

CHAMPAGNE, François; *et al.* Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, Astrid, *et al.* (orgs.). Avaliação, conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2011(b).

CHAMPAGNE, François; *et al.* Análise da implantação. In: BROUSSELLE, Astrid, *et al.* (orgs.). Avaliação, conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2011(c).

CHAMPAGNE, François. *et al.* Utilizar a avaliação. In: BROUSSELLE, Astrid. *et al.* (Orgs). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011(d).

Conferência Nacional de Saúde [CNS], 8°. Brasília, 1987. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

Conselho Regional de Medicina da Bahia – CREMEB. Relatório de Avaliação da Saúde Mental no Estado da Bahia. Parecer CREMEB 13/08. Aprovado em Sessão Plenária de 04/04/2008. Acessado em 12/12/2020. Disponível em: [https://www.cremeb.org.br/wp-content/uploads/2015/12/PARECER-CREMEB-13\\_2008.pdf](https://www.cremeb.org.br/wp-content/uploads/2015/12/PARECER-CREMEB-13_2008.pdf)

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, *et al.* A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. *et al.* Saber preparar uma pesquisa. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco. 1999.

COSTA, Aline; DELGADO, Rosimeire; SILVEIRA, Luana da Silveira. O Apoio Institucional na Implementação da Política de Saúde Mental: Experiência da Bahia. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; COLUGNATI, Fernando Antônio Basile; RONZANI, Telmo Mota. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 20(10). 2015. Acessado em 15/02/2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3243.pdf>

COSTA–ROSA, LUZIO & YASSUI. Atenção psicossocial: rumo a novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

COUTINHO, Domingos; SABACK, Eduardo. O Histórico da Psiquiatria na Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*. 77: 2. 2007. Acessado em 13/03/2020. Disponível em: [http://www.gmbahia.ufba.br/adm/arquivos/artigo15\\_20072%5B1%5D.pdf](http://www.gmbahia.ufba.br/adm/arquivos/artigo15_20072%5B1%5D.pdf)

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020. Acessado em 15/01/2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n3/0102-6909-tes-18-3-e00285117.pdf>

DANIELI, Rafael Vinícius. Perfil sociodemográfico e comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos acompanhados em comunidades terapêuticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Nº 66(3). 2017. Acessado em 22/10/2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/cqjgMmTChzZGVbnvPYfmdSh/?lang=pt&format=pdf>

DEER, Cécile. Doxa. In: GRENFELL, Michael. Pierre Bourdieu: Conceitos Fundamentais. Petrópolis, RJ: Vozes. 2018.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Reforma psiquiátrica. In: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão. Políticas de saúde mental e direitos humanos/ Tânia Maris Grigolo; Rodrigo Otávio Moretti-Pires (orgs.). - Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. Acessado em 02/02/2020. Disponível em: <https://unafus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/files/2015/03/Modulo-2.pdf>

DESLANDES, Suely F. Notas sobre a contribuição da sociologia compreensiva aos métodos qualitativos de avaliação. In: ONOCKO-CAMPOS, Rosana *et al.* Pesquisa avaliativa em saúde mental – desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, 2008.

DESVIAT, Manoel. A reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DESVIAT, Manuel. Coabitar a Diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva. 1. Ed. São Paulo: Zagadoni. 2018.

DENIS, Jen-Louis; CHAMPAGNE, François. Análise da implantação. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

Diário Oficial da União (DOU), Brasília, D.F. Resolução Nº - 4, de 28 /08/2017. Seção 1, Nº 167, p. 58. 30 de agosto de 2017. Acessado em 09/09/2017. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/core/consulta.action>

DINIZ, Debora A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011. Brasília. Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

DUARTE, Sílvia Louzada; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil. *Emancipação*, Ponta Grossa, 13(1). 2013. Acessado em 12/03/2020. Disponível em <https://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/3871/3797>

DUBOIS, Carl-Ardy; CHAMPAGNE, François; BILODEAU, Henriette. Histórico da Avaliação In: BROUSSELLE, Astrid; *et al.* (orgs.). Avaliação, conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2011.

ECHEBARRENA, Rodrigo Cunha. Leitos de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro. Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro. 2018.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Ligia *et. al.* Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

FANON, Frantz. Alienação e Liberdade. Traduzido por Sebastião Nascimento. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

FERNANDES, Márcia Astrês; *et al.* Caracterização de dependentes químicos em tratamento em uma comunidade terapêutica. Revista de Enfermagem UFPE on line. Recife, nº 12 (6), jun. 2018. Acessado em 23/10/11. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230686/29195>

FIDELIS, P. O desafio da produção de indicadores para avaliação de Serviços de Saúde Mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa, RJ. Dissertação. Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2002.

FIGUEIRA, Juliana Bastos Santos; SOARES, Catharina Leite Matos. Rede de Atenção Psicossocial em Salvador (BA): plano de intervenção para o Distrito Sanitário Itapuã. Divulgação em Saúde Para Debate. Rio de Janeiro, nº. 58, jul. 2018. Acessado em 21/10/2021. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/29850/1/Artigo2%20Catharina%20L.%20Matos.%20202018.pdf>

FORNAZIER, Mônica Lorencetti; DELGADO, Rosimeira das Chagas. Reforma Psiquiátrica na Bahia: Desafio e (Des)Caminhos. Revista Baiana de Saúde Pública. v.35, n.2, abr./jun. 2011. Acessado em 05/01/2021. Disponível em: [https://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbps/article/download/315/pdf\\_124/](https://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbps/article/download/315/pdf_124/)

FOUCAULT, Michel. História da Loucura na idade clássica. São Paulo: perspectiva, 2005.

\_\_\_\_\_. O poder Psiquiátrico: curso no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Editora Martins Fontes, 2006.

\_\_\_\_\_. A Arqueologia do Saber. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2008.

\_\_\_\_\_. Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Editora Martins Fontes, 2010.

\_\_\_\_\_. História da Sexualidade I: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal. 2013.

\_\_\_\_\_. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz & Terra, 2018.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz; Fundação Calouste Gulbenkian. Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde – 2015.

FURTADO, Juarez Pereira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Entre os campos científico e burocrático: A trajetória da avaliação em saúde no Brasil. In: AKERMAN, Marco. FURTADO, Juarez Pereira (orgs.). Práticas de avaliação em saúde no Brasil. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo: Editora Atlas. 2002.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 2010.

GOULART, Maria Stella Brandão. A Construção da Mudança nas Instituições Sociais: A Reforma Psiquiátrica. Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 1, n. 1, São João del-Rei, jun. 2006.

GRAMSCI, Antonio. Escritos Políticos – Volume 1. Lisboa: Seara Nova, 1976.

GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna S. Avaliação de quarta geração. Campinas: Editora da Unicamp. 2011.

GULJOR, Ana Paula Freitas. O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi: um estudo de caso. / Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

GULJOR, Ana Paula; AMARANTE, Paulo. Movimentos sociais e luta antimanicomial: contexto político, impasses e a agenda prioritária. Cadernos do CEAS, Salvador/Recife, nº. 242, p. 635-656, set./dez., 2017. Acessado em 20/05/2021. Disponível em: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/412/334>

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria. (orgs). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

HOBBSAWM, Erick. Sobre a História. São Paulo: companhia das Letras, 2013.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. Política Pública e seus ciclos e subsistemas: Uma abordagem integral. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2013.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. SANTOS, Maria Paula Gomes dos (org). Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Nota técnica 21 de março de 2017. Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. IPEA, 2017.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. CUNHA, Alexandre dos Santos; et al. Análise das Políticas Públicas sobre Drogas no Orçamento Federal – 2005 a 2019. Brasília: Relatório institucional. Maio de 2021. Acessado em 25/07/2021. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=37958&Itemid=457](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=37958&Itemid=457)

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. O asilo e a constituição da psiquiatria na Bahia. Salvador: Revista Baiana de Saúde Pública, vol. 13, nº.1/3, 1986.

\_\_\_\_\_. A Prática Psiquiátrica na Bahia (1874-1947): Estudo histórico do Asilo São João de Deus/ Hospital Juliano Moreira. Tese de doutorado. Curso de Doutorado de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP da Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ-MS. Rio de Janeiro, 2001. Acessado em 17/09/2017. Disponível em : <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4433/2/89.pdf>

JESUS, Washington Luiz Abreu de; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Planejamento estadual em saúde: o caso da secretaria de saúde do estado da Bahia. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes (org). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.

JORGE, Miguel R. & FRANÇA, Josimar M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. Rev. Bras. Psiquiatria 2001;23(1):3-6. Acessado em 01/05/2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n1/a02v23n1.pdf>

JUCÁ, Vlândia Jamile dos Santos; NUNES, Mônica de Oliveira; BARRETO, Suely Galvão. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede.

Ciência & Saúde Coletiva, 14(1), 2009. Acessado em 22/11/2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tZPm6zSLKWkKqrcyRdbjT4P/?lang=pt#>

KANTORSKI, Luciane Prado. *et al.* Avaliação qualitativa de quarta geração – aplicação no campo da saúde mental. In: ONOCKO-CAMPOS, Rosana; FURTADO, Juarez Pereira. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

KIRSCHBAUM, Debora Isane Ratner. Considerações acerca da construção de pressupostos e metodologia de pesquisa para avaliar serviços de saúde mental. In: ONOCKO-CAMPOS, Rosana. *et al.* Pesquisa avaliativa em saúde mental – desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, 2008.

KUHN, Thomas. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Editora Perspectiva, 1998.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et. al.* Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2012.

LARA, Ana Paula Martins; VOLPE, Fernando Madalen. Evolução do perfil das internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2001-2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, N° 24(2): 2019. Acessado em 19/06/2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VQrTMz3pR5L4z85QnQ77Xxy/?lang=pt>

LIMA, Antônio Moacir de Jesus. Contribuição da Estruturação da Atenção Primária à Saúde segundo seus Atributos Essenciais para a Qualidade da Assistência em Saúde Mental: um estudo a partir do PMAQ-AB. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2021.

LIMA, Rossano Cabral. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, V. 29(1), 2019. Acessado em 19/01/2021. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/physis/v29n1/pt\\_0103-7331-physis-29-01-e290101.pdf](https://www.scielo.br/pdf/physis/v29n1/pt_0103-7331-physis-29-01-e290101.pdf)

LOUGON, Maurício. *Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LUZ, Madel Therezinha. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MACHADO, Daiane B.; *et al.* Impact of the New Mental Health Services on Rates of Suicide and Hospitalisations by Attempted Suicide, Psychiatric Problems, and Alcohol Problems in Brazil. *Adm. Policy Mental Health* N° 45. 2018. Acessado em 20/06/2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28993915/>

MACHADO, Roberto *et. al.* *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MATUS, Carlos. *Adeus, Senhor Presidente*. Recife: Litteris Editora LTDA, 1989.

\_\_\_\_\_. *Política, planejamento & governo*. Brasília: IPEA, 1996.

MARX, Karl. *O Capital - Livro I – crítica da economia política: O processo de produção do capital*. Tradução Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2011.

MEDINA, Maria Guadalupe. *Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos Conceituais e Operacionais*. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA,

Ligia Maria. (orgs.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MEDRADO, Ana Carolina Cerqueira. Os laços e nós de uma rede de atenção psicossocial. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, [S. l.], v. 10, n. 27, 2018. Acesso em: 23/11/2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69374>

MILIAUSKAS, Claudia Reis; *et al.* Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 24(5): 2019. Acessado em 19/06/2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6JSbHzbr8LkfdY5DkwtXknn/?lang=pt>

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: a pesquisa qualitativa em saúde. 7ª Ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.) Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde. In: CAMPOS, Rosana Onocko et. al. Pesquisa avaliativa em saúde mental – desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores. 2008.

MOLESINI, Joana Angélica Oliveira. A Reforma Sanitária na Bahia: um lugar na história (1987 a 1989). Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2011.

MPC-BA – Ministério Público de Contas do Estado da Bahia. Controle Externo da Administração Pública Estadual. 3ª Procuradoria de Contas. Processo: TCE/007553/2020. PARECER Nº 000299/2021. 07 de junho de 2021. Acessado em 29/11/2021. Disponível em: [https://www.tce.ba.gov.br/images/parecer\\_mp\\_7553\\_2020\\_2.pdf](https://www.tce.ba.gov.br/images/parecer_mp_7553_2020_2.pdf)

MODESTO, Teresa Neuma; SANTOS, Darci Neves. Saúde Mental na Atenção Básica. Revista Baiana de Saúde Pública. v.31, n.1, p.19-24 jan./jun. 2007. Acessado em 14/10/2021. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1385>

NASCIMENTO, Eliana Brito. A dimensão ético-político da Reforma Psiquiátrica. Tese de doutorado. Universidade Católica de Salvador. Salvador, 2019.

NEGRE FILHO, Armando Antônio de. Bases para um debate sobre a reforma hospitalar do SUS: as necessidades sociais e o dimensionamento e tipologia de leitos hospitalares em um contexto de crise de acesso e qualidade. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva. São Paulo. 2016.

NESM – Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios. A situação da Reforma Psiquiátrica na Bahia; Elementos para um diagnóstico e propostas. Salvador. S/D (Mimeo).

NESM – Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios. Elementos para uma Análise da Situação da Reforma Psiquiátrica na Bahia. Salvador. 2001. (Mimeo)

NUNES, Mônica de Oliveira; LIMA JÚNIOR, João Mendes de; PORTUGAL, Clarice Moreira; TORRENTÉ, Maurice de. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 4489-4498, 2019.

NUNES, Mônica de Oliveira; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Prevenção, atenção e controle em saúde mental. In: PAIM, Jairnilson; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. (org) Saúde Coletiva: teoria e prática. 1. Ed. – Rio de Janeiro: MedBook. 2014.

OECD – Organisation for Economic Cooperation and Development. A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health; OECD Health Policy Studies, OECD Publishing: Paris. 2021. Acessado em 10/07/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. Memória: Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. Revista Brasileira de Psiquiatria. 22(4). 2000. <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n4/3432.pdf>

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, Vol. VII, Nº 1, 2004. Acessado em 04/03/2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n1/1415-4714-rlpf-7-1-0128.pdf>

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 3. 2005. Acessado em 12/02/2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/RHJYmhbjt3DHjHkPt9xy8TK/abstract/?lang=pt>

OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de. *et al.* Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. Revista Saúde Debate - Rio de Janeiro, V. 38, Nº. 101, ABR-JUN 2014. Acessado em 15/02/2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0368.pdf>

OLIVEIRA, Edineia Figueira dos Anjos. Gastos da Política de Saúde Mental e os Rumos da Reforma Psiquiátrica. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória - ES. 2017.

OLIVEIRA, Edmar; SZAPIRO, Ana. Porque a Reforma Psiquiátrica é possível. Revista Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 44, Nº. Especial 3, p. 15-20. Outubro de 2020.

OMS - Organização Mundial de Saúde. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. 1.ª edição, Lisboa, abril de 2002.

OMS - Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva - Switzerland, 2009.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Mental Health Atlas 2011. Geneva - Switzerland. 2011. Acessado em 10/02/2021. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/publications/mental\\_health\\_atlas\\_2011/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/)

OMS – Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra, Suíza. 2013.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Mental Health Atlas 2014. Geneva - Switzerland. 2015. Acessado em 10/02/2021. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/)

OMS - Organização Mundial de Saúde. Mental Health Atlas 2017. Genebra - Suíça. 2018. Acessado em 10/02/2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241514019>

OMS - Organização Mundial de Saúde. Mental Health Atlas 2020. Genebra - Suíça. 2021. Acessado em 10/02/2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703/>

OMS - Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: OMS; Unicef. Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; Setembro de 1978; Alma-Ata (URSS). Acessado em 29/09/2017. Disponível em: <https://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>

OMS - Organização Mundial de Saúde / Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Declaração de Caracas. Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no contexto dos Sistemas Locais de Saúde- SILOS; 14 de novembro; Caracas, 1990.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana; FURTADO, Juarez Pereira. Apresentação. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. *et al.* Inovações para o estudo e a produção de consensos – além do Delphi. In: ONOCKO-CAMPOS, Rosana; FURTADO, Juarez Pereira. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

ONOCKO-CAMPOS. Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. [Cadernos de Saúde Pública](#). Cad. Saúde Pública, vol.35, nº.11. Rio de Janeiro; Epub. Oct, 2019. Acessado em 05/03/2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n11/1678-4464-csp-35-11-e00156119.pdf>

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana. Washington, D.C., EUA, 25 a 29 de setembro de 2017. CSP29/INF/7. Acessado em 06/08/2021. Disponível em: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=29-pt-9251&alias=41198-csp29-inf-7-h-p-198&Itemid=270&lang=pt](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-pt-9251&alias=41198-csp29-inf-7-h-p-198&Itemid=270&lang=pt)

OPAS - Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPAS. 2018.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação sobre saúde mental 2013-2020. 168ª Sessão do Comitê Executivo. [Sessão virtual, 21 a 25 de junho de 2021]. Washington, DC: OPAS; 2021 (documento CE168/INF/9). Acessado em 06/08/2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/file/89751/download?token=h5u CZ9pB>

OPAS – Organización Panamericana de la Salud. Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020.

PAES DE BARROS, Ricardo; *et al.* A Queda Recente da Desigualdade de Renda no Brasil. In: PAES DE BARROS, Ricardo; FOGUEL, Miguel Nathan; ULYSSEA, Gabriel (org). Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente / 2º volume. Brasília: Ipea, 2006.

PAES DE BARROS, Ricardo; *et al.* Sobre o declínio no grau de desigualdade ao longo do novo milênio. INSPER, 2021. Acessado em 27/10/2021. Disponível em: <https://www.insper.edu.br/conhecimento/politicas-publicas/desigualdade-renda-brasil/>

PAES, Márcio Roberto; *et al.* O Papel do Hospital Geral na Rede de Atenção à Saúde Mental no Brasil. Revista Ciência, Cuidado e Saúde. Abr/Jun; 12(2). 2013. Acessado em 25/07/2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-735602>

PAIM, Jairnilson Silva. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY Sonia (org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. — São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Ligia *et al.* Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PASSOS, Eduardo. A dimensão instituinte da avaliação. In: ONOCKO-CAMPOS, Rosana *et al.* Pesquisa avaliativa em saúde mental – desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, 2008.

PASSOS, Isabel Cristina Friche. Reforma Psiquiátrica: as Experiências Francesa e Italiana. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009.

\_\_\_\_\_. Duas Versões Históricas Para a Psicoterapia Institucional. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Florianópolis [v. 4, nº 9], 2012. Acessado em 20/03/2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68688>

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R.: Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. 11(2). 2004. Acessado em 12/03/2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n2/01.pdf>

PELEGRINO FILHO, Alberto; BUSS, Paulo Marchiori; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo. Promoção de Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais de saúde, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

PERES, Maria Fernanda Tourinho. Manicômio Judiciário da Bahia: da constituição a pré-reforma psiquiátrica. In: MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S.M.C. História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina/ UFABC, Universidade Federal do ABC: CD.G: Casa de Soluções e Editora, 2012.

PESSOTTI, Isaias. O Século dos Manicômios. São Paulo – SP: Editora 34. 2001.

PEREIRA, Priscila Krauss; *et al.* Transtornos mentais e comportamentais no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS). Cad. Saúde Coletiva, 2012, Rio de Janeiro, Nº 20 (4). Acessado em 19/06/2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/VGwhFHmnvdD8N6DcYB4frjC/abstract/?lang=pt>

PINHEIRO, Roseni; *et al.* (orgs.) Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.

PIKETTY, Thomas. O Capital no século XXI. Tradução: Mônica Baumgarten de Bolle. 1º Ed. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Avaliação como processo de melhoria da qualidade de serviços públicos de saúde. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 26(2): 44-61. Abr/Jun. 1992. Acessado em 05/05/2019. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8795>

\_\_\_\_\_. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc. saúde coletiva* [online] vol.16, n. 12, 2011. Acessado em 23/01/2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>

PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. 4ª. Ed. São Paulo: Hucitec. 2016.

PORTOCARRERO, Vera. Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Loucura &

Civilização. collection, v.4, 2002. Acesso em 19/09/2017. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/p26q6/pdf/portocarrero-9788575413883.pdf>

RABELO, Antônio Reinaldo; MODESTO, Teresa N.; MODESTO NETO, Augusto. A reforma psiquiátrica na Bahia. Revista Baiana de Saúde Pública. Vol. 22, Nº 1/4. Jan/Dez. 1996/1997.

RABELO, Antônio Reinaldo; CARDOSO, Eduardo; MELO, Ailton. Características Sociodemográficas da População Psiquiátrica Internada nos Hospitais do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia. Revista Baiana de Saúde Pública. v.29 n.1, p.43-56. jan./jun. 2005.

RAMOS, Uraci Simões; LIMA, Luís Tenório; PINHEIRO, Luiz Umberto Ferraz. Algumas considerações sobre a assistência psiquiátrica hospitalar na Bahia. Gazeta Médica da Bahia - 69(1). Jan-abr, 1969.

ROCHA, Hugo André da; *et al.* Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014. Ver. Saúde Pública. Nº 55 (14). 2021. Acessado em 10/10/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002155>

RODRIGUES, Eder Pereira. Prevalência de Distúrbios Psíquicos na População Adulta de Feira de Santana, Bahia. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Ciências da Saúde, - Salvador, 2019.

ROTELLI, F. A instituição inventada. Revista Per la salute mentale/ For mental health" 1/88 – do “Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia. Tradução de Maria Fernanda de Silvio Nicácio. Mimeo. 1990.

\_\_\_\_\_. Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste. Buenos Aires: Topía Editorial. 2014.

SALVADOR, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Salvador, 2010. Acessado em 22/11/2021. Disponível em: [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/PMS\\_final.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/PMS_final.pdf)

SALVADOR, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Salvador, 2014. Acessado em 22/11/2021. Disponível em: [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms\\_2014\\_2017\\_versaofinal.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_versaofinal.pdf)

SALVADOR, Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão (DEPG). Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021 / Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2018. Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 21.11.2018. Acessado em 25/10/2021. Disponível em: [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/secretaria/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-2018-2021-VOLUME-I\\_aprovado-pelo-CMS-21.11.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/secretaria/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-2018-2021-VOLUME-I_aprovado-pelo-CMS-21.11.pdf)

SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration, National Mental Health Services Survey (N-MHSS): 2019. Data on Mental Health Treatment Facilities. Rockville, Maryland – EUA. 2020. Acessado em 21/06/2021. Disponível em: <https://www.samhsa.gov/data/report/national-mental-health-services-survey-n-mhss-2019-data-mental-health-treatment-facilities>

SANINE, Patrícia Rodrigues; SILVA, Letícia Isabel Ferreira. Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil. Caderno de Saúde Pública

2021; 37(7). Acessado em 20/10/2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zzd7pcPDrd9VDqNHHDpBwZQ/>

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Comunidades terapêuticas: temas para reflexão / Organizadora: Maria Paula Gomes dos Santos. - Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

SANTOS, Silvone Santa Bárbara da Silva; MELO, Cristina Maria Meira de. Aspectos metodológicos na utilização da análise de implantação em pesquisa avaliativa. In: MELO, Cristina Maria Meira de; FAGUNDES, Norma Carapiá; SANTOS, Tatiane Araújo dos. Avaliação: metodologias no campo da saúde e da formação (orgs). Salvador: EDUFBA, 2012.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para passagem do milênio. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. 4ª. Ed. São Paulo: Hucitec. 2016.

SARACENO, Benedetto. O futuro da psiquiatria e da saúde mental. Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 44, Nº. Especial 3, Out. 2020. Acessado em 21/10/2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CTHWMwYtk6VSsCXyNwR8Svq/?lang=pt>

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais Ano I - Número I - Julho de 2009. Acessado em 23/09/2017. Disponível em: <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6>

SCHNEIDER, Jacó Fernando et. al. Utilização da Avaliação de Quarta Geração em um Centro de Atenção Psicossocial. Rev. Gaúcha Enfermagem. Nº 30(1). Porto Alegre (RS), 2009.

SEVERO, Fernanda Maria Duarte. Retratos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Revista Saúde Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro, Vol. 44, Nº. ESPECIAL (3), out. 2020.

SILVA, Cristiane Batista da; SANTOS, Josenaide Engrácia dos; SOUZA, Rozemere Cardoso de. Estratégia de Apoio em Saúde Mental aos Agentes Comunitários de Saúde de Salvador- BA. Revista Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.1, 2012. Acessado em 19/-6/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000100015>

SILVA, Natália dos Santos; MELO, Juliana Macedo; ESPERIDIÃO, Elisabeth. Avaliação dos Serviços de Assistência em Saúde Mental Brasileiros: Revisão Integrativa da Literatura. ReME – Rev. Min. Enferm.;16(2): 280-288, abr./jun., 2012. Acessado em 15/06/2019. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/530>

SILVA, Tiago Falcão. (Org). Bolsa Família 15 Anos (2003-2018). Brasília: ENAP. 2018.

SILVEIRA, Rodrigo. *et al.* Desinstitucionalização e modelos assistenciais em saúde mental: avaliação na perspectiva da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni & MARTINS, Paulo Henrique. (org.) Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2011.

SIMON, Aline Gabriela; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(11):2227-2241, nov, 2011. Acessado em 22/02/2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/D3hLCwJm36vxK5dKnfZ7Rfp/?format=pdf&lang=pt>

SOUZA, Abnoel Leal de. Bahia de Todos os Loucos: um estudo de psiquiatria social. Salvador: Contemp. 1984.

SOUZA, José Madson Medeiros. O impacto do Pronto atendimento em saúde mental na redução das internações psiquiátricas no estado da Paraíba. Dissertação de mestrado. Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Universidade Federal do Pernambuco. 2016.

SZASZ, Tomas S. A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.

TCU – Tribunal de Contas da União. Relatório de auditoria operacional. TC 009.180/2012-5. Acórdão [280/2020 - Plenário](#). Ata nº 4/2020 – Plenário. Data da Sessão Ordinária: 12/2/2020. Brasília, 2020. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-0280-04/20-P.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos* [online], vol.9, nº1. 2002. Acessado em 25/01/2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>

TEIXEIRA, Carmen; SILVEIRA, Paloma. (orgs). Glossário de análise política em Saúde. Salvador: Edufba, 2016.

TEXEIRA, Manoel Olavo Loureiro; SILVA FILHO, João Ferreira. A psiquiatria e a universidade no Brasil. Nascimento, ciência e identidade nacional. In: SILVA FILHO, João Ferreira (org.). 1968 e a Saúde Mental. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Pinel e o nascimento do alienismo. *Revista Estud. pesqui. Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2019. Acessado em 20/02/2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/44288>

TRAPÉ, Thiago Lavras; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Revista de Saúde Pública* [online]. v. 51, n. 0. 2017. Acessado 03/03/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059>

VALÉRIO. Jéssica Janai Meneses. Análise de Implantação da Rede de Atenção Psicossocial em Salvador. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador – BA, 2021.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (*et al*). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2012.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. (org). Desafios da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec, 2010.

VENANCIO, Ana Teresa A. La Asistencia Psiquiátrica en la Historia Política Brasileña. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, vol. LXIV, nº 1. 2012. Acessado em 03/03/2020. Disponível em: <https://doaj.org/article/eb35b95f5ffd46399521ac8100057f8f?gathStatIcon=true>

VENANCIO, Ana Teresa A. & FACCHINETTI, Cristiana. Historiografías: de la psiquiatria en Brasil y sus instituciones. *VERTEX Rev. Argentina de Psiquiatria*. Vol. XXVII. 2016. Acessado em 02/03/2020. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25596/2/Venancio\\_Historiograf%C3%ADas.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25596/2/Venancio_Historiograf%C3%ADas.pdf)

VENTURINI, Ernesto. A linha Curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

VERAS, Marcelo. A loucura em Nós: uma experiência lacanianiana no país da Saúde Mental. Rio de Janeiro: Contracapa. 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. (orgs.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Avaliação de Políticas de Saúde, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

WELLER, Silvana. Pesquisa, avaliação e gestão: da defesa de interesses corporativos para melhor aproveitamento público dos esforços. In: ONOCKO-CAMPOS, Rosana. *et al.* Pesquisa avaliativa em saúde mental – desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, 2008.

WEBER, Renata. O Financiamento Público de Comunidades Terapêuticas: Gastos Federais entre 2010 e 2019. In: RUI, Taniele; FIORE, Maurício (editores). Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: Social Science Research Council, junho de 2021.

WEBER, Renata (org.). Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01. Desinstitute – Brasília: [s.n.], 2021.

WHO - World Health Organization. Improving health systems and services for mental health. Geneva: World Health Organization. 2009.

WHO - World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization. 2021.

YIN, Robert K. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 2ª reimpressão. Porto Alegre: Artemed Editora/ Bookman. 2001.

# APÊNDICES

## APÊNDICE 1

Plano de análise documental: documentos da política de saúde<sup>218</sup>.  
**Subdimensão: Projeto de governo**

Tipo	Ano	Problemas em saúde mental	Propostas	Meta	Observações
PES	2004 à 2007				
	2008 à 2011				
	2012 à 2015				
	2016 à 2019				
	2020 à 2021				

Tipo	Ano	Objetivo específico	Ação estratégica	Meta	Observações
PAS	2001				
	2002				
	2003				
	2004				
	.....				

Tipo	Ano	Ação	Indicador	Meta	Alcançado	Observações
RAG	2001					
	2002					
	2003					
	2004					
	.....					

<sup>218</sup> Plano Estadual de Saúde (PES); Planejamento Anual de Saúde (PAS); Relatório Anual de Gestão (RAG)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVREMENTE ESCLARECIDO**

Prezado (a) Senhor (a), por meio deste documento, eu, *João Mendes de Lima Júnior*, Doutorando do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, venho convidá-lo (a) para participar da pesquisa: “**Análise da implantação da política de saúde mental na Bahia: processo de transição do modelo assistencial entre 2001 e 2021**”. Esta pesquisa tem como orientadora a professora Dr<sup>a</sup> *Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté*. Este estudo se justifica pela necessidade de produzir informações detalhadas sobre a dinâmica da política de saúde mental no estado da Bahia que possam permitir a obtenção de um diagnóstico com maior grau de precisão sobre essa realidade. Nesta perspectiva, a pesquisa tem como objetivo: “analisar a implantação da política de saúde mental na Bahia entre 2001 e 2021, considerando a transição do modelo hospitalar para o modelo de atenção psicossocial”. Será realizada uma pesquisa com dados quantitativos e dados qualitativos sobre o contexto de implantação dessa política. Para tanto, buscamos entrevistar atores sociais individuais ou coletivos que tenham participado do processo de implantação e que possam ter informações relevantes para o objeto estudado. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas que serão registradas em arquivo de áudio ou texto, caso seja autorizada pelo senhor (a) ao consentir participar. Através dessa pesquisa pretende-se contribuir com a consolidação da reorientação do modelo assistencial em saúde mental -processo conhecido como reforma psiquiátrica- e com a organização dos serviços de saúde mental no estado da Bahia e, em especial, no município de Salvador, com a produção de evidências que possam contribuir para otimizar a qualidade da assistência na Rede de Atenção Psicossocial.

- 1) Informo que os dados obtidos nas entrevistas serão armazenados em um banco de dados sob minha exclusiva responsabilidade. Informo ainda que sua participação nesse estudo é absolutamente voluntária, não havendo qualquer retorno financeiro ou de qualquer outra ordem, salvo o compromisso de transformar os achados em material de produção científica. As informações aqui obtidas possuem caráter sigiloso e confidencial, os (as) participantes não serão identificados (as) em nenhum momento, nem mesmo nas publicações científicas.
- 2) O (a) entrevistado (a) poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer fase da coleta de dados, sem exigência de prestar explicações ou justificativas pela desistência. Caso alguma circunstância causar-lhe constrangimento, o (a) senhor (a) poderá recusá-la.
- 3) A participação nesta pesquisa não lhe acarretará nenhuma despesa, sendo o senhor(a) devidamente indenizado diante de eventuais danos comprovados e decorrentes desta pesquisa.
- 4) Convém registrar que a presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).
- 5) Caso sinta necessidade, os (as) participantes poderão solicitar informações adicionais a qualquer momento. Para isso, basta escolher uma das seguintes opções: a)

[pesquisador responsável pelo estudo] João Mendes de Lima Júnior, telefone (75) 99234-0428 ou pelo e-mail [joao\\_mendes\\_pb@hotmail.com](mailto:joao_mendes_pb@hotmail.com); b) [professora orientadora] Dr<sup>a</sup> Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté pelo telefone (71) 32837436 ou pelo e-mail [monicatorrente11@gmail.com](mailto:monicatorrente11@gmail.com); c) Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva, Rua Basílio da Gama s/nº, 2º andar, Campus do Canela, Salvador, Bahia, de 2ª a 6ª feira, das 08h às 15h ou pelo telefone de contato (71) 32837419. O Comitê de Ética é composto por professores, representantes de estudantes e representantes da sociedade civil que aprovam e acompanham os projetos de pesquisa. Este Comitê tem o compromisso de exigir dos pesquisadores o cumprimento do que está acordado neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Por fim, informo que esta pesquisa segue rigorosamente as Resoluções 466/2012 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que versão sobre pesquisa com seres humanos. Os resultados dessa pesquisa deverão ser apresentados em locais de fácil acesso aos sujeitos participantes bem como nas instituições públicas que trabalham com a temática estudada, devendo ainda ser publicizada em meios de reconhecido valor acadêmico.

Se o (a) senhor (a) compreender que está devidamente esclarecido (a) e concordar em participar voluntariamente, solicito que este documento seja assinado em duas vias, atentando que o mesmo está devidamente rubricado e assinado por mim. Uma das vias ficará comigo, na condição de pesquisador, a outra via ficará com o (a) senhor (a), na condição de participante.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

RG (\_\_\_\_\_); ou CPF (\_\_\_\_\_)

Pesquisador Responsável: João Mendes de Lima Júnior

Assinatura (pesquisador)

