

**FÓRUM DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: A
CONFIGURAÇÃO DE UM ESPAÇO PÚBLICO**

ROSSANA DOS REIS

**Dissertação de Mestrado em Política Social
Mestrado em Política Social
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**

**VITÓRIA
Junho de 2009**

FÓRUM DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: A CONFIGURAÇÃO DE UM ESPAÇO PÚBLICO

ROSSANA DOS REIS

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Política Social.

Aprovada em 29/06/2009 por:

Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Teixeira Garcia
Orientadora
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Ana Targina Rodrigues Ferraz
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Berenice Rojas Couto
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

Vitória, Junho de 2009

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

R375f Reis, Rossana dos, 1983-
Fórum de Saúde Mental no Estado do Espírito Santo : a
configuração de um espaço público / Rossana dos Reis. – 2009.
218 f. : il.

Orientadora: Maria Lúcia Teixeira Garcia.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

1. Espaços públicos. 2. Política de saúde. 3. Política de
saúde mental. I. Garcia, Maria Lúcia Teixeira. II. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e
Econômicas. III. Título.

CDU: 32

*Não importa onde você parou...
Em que momento da vida você cansou...
O que importa é que sempre é possível
recomeçar.
Recomeçar é dar uma nova chance a si
mesmo...
É renovar as esperanças na vida e, o mais
importante...
Acreditar em você de novo.
Sofreu muito neste período? Foi
aprendizado...
Chorou muito? Foi limpeza da alma...
Ficou com raiva das pessoas?
Foi para perdoá-las um dia...
Sentiu-se só diversas vezes?
É porque fechaste a porta até para os
anjos...
Acreditou que tudo estava perdido?
Era o início da tua melhora...
Onde você quer chegar? Ir alto?
Sonhe alto... queira o melhor do melhor...
Se pensarmos pequeno... Coisas pequenas
teremos...
Mas se desejarmos fortemente o melhor e,
principalmente, lutarmos pelo
melhor...
O melhor vai se instalar em nossa vida.
Porque sou do tamanho daquilo que vejo, e
não do tamanho da minha altura.*

Carlos Drummond de Andrade

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força em meu caminhar.

Aos profissionais e militantes que concederam entrevistas e disponibilizaram documentos para a pesquisa.

Aos integrantes e ex-integrantes da equipe de saúde mental da SESA que, em muitos momentos, estiveram disponíveis em atender às informações por mim solicitadas.

Aos atores do Fórum de Saúde Mental do Espírito Santo que permitiram minha participação nos encontros para realização da pesquisa.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Teixeira Garcia, que, desde o início, acreditou na realização desta pesquisa. Obrigada pelas valiosas sugestões e colaborações no caminho percorrido.

Meus agradecimentos também ao FACITEC, pelo apoio e pela bolsa de mestrado durante dois anos.

Ao grupo de estudos sobre políticas públicas (FÊNIX), pelas discussões pertinentes e trocas realizadas.

À Natália de Paula Couto e Marilene Vieira Barcelos, que contribuíram na gravação e transcrições das fitas dos encontros do Fórum. À Edinéia Figueira dos Anjos Oliveira, que também contribuiu na gravação de alguns encontros do Fórum.

Não poderia esquecer de minha família, fundamental nesta conquista. Em especial, meu pai, minha mãe e minhas irmãs, que sempre apoiaram minhas escolhas oferecendo todo suporte necessário. A vocês, meu muito obrigada!

Ao Wesley, pelos incentivos, apoios e, mais uma vez, compreensão de minhas ausências.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO	16
1 METODOLOGIA	28
1.1 O LÓCUS DO ESTUDO: APRESENTANDO O FÓRUM DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.....	29
1.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	30
1.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	39
2 ESPAÇOS PÚBLICOS E PROJETOS POLÍTICOS EM DISPUTA NO BRASIL: DÉCADA DE 1980 AOS DIAS ATUAIS	41
2.1 A POLÍTICA SOCIAL E A CONFIGURAÇÃO DE ESPAÇOS PÚBLICOS.....	53
2.2 ESPAÇOS PÚBLICOS: O DEBATE CONCEITUAL.....	57
3 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: ESPAÇOS DE AVANÇOS E ENTRAVES	70
3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO ESPÍRITO SANTO.....	94
4 FÓRUM DE SAÚDE MENTAL DO ESPÍRITO SANTO: ENTRE TRAMAS CONFLITANTES, NEM SEMPRE VISÍVEIS OU DIZÍVEIS	103
4.1 PROCESSO DE FORMAÇÃO DO FÓRUM: INTENCIONALIDADES, MUDANÇAS E CONTRADIÇÕES.....	103
4.2 DIFERENTES E VARIÁVEIS SIGNIFICAÇÕES ATRIBUÍDAS AO FSMES POR SEUS ATORES.....	137
4.3 A DINÂMICA DOS ENCONTROS DO FSMES: FORMATO, CONTEÚDO DAS DISCUSSÕES, DEBATES, PAUTAS E ATUAÇÃO DOS ATORES.....	150
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	182
6 REFERÊNCIAS	187
APÊNDICES	206
APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista	207

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista.....	208
APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista.....	210
APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista.....	212
ANEXOS.....	213
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	214
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	215
ANEXO C - Comitê de Ética em Pesquisa.....	216

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Encontros do FSMES no período de 2006 a 2008.....	35
QUADRO 2 - Relação dos Relatórios de Gestão da Coordenação Estadual de Saúde Mental analisados.....	36
QUADRO 3 - Relação dos Planos de Ação em saúde mental da Coordenação Estadual de Saúde Mental analisados.....	36
QUADRO 4 - Relação das listas de presença dos encontros do FSMES analisados.....	37
QUADRO 5 - Definições do FSMES nos relatórios de gestão da Coordenação Estadual de Saúde Mental (2000-2007).....	134
QUADRO 6 - Contribuições que o espaço do Fórum de Saúde Mental pode possibilitar ao processo da Reforma Psiquiátrica, segundo a percepção de seus atores.....	138
QUADRO 7 - Concepção de Usuários para os entrevistados.....	139
QUADRO 8 - Diferentes sentidos atribuídos pelos entrevistados ao FSMES.....	144
QUADRO 9 - Temáticas abordadas nos encontros do FSMES entre o período de 2005 a 2008.....	157
QUADRO 10 - Síntese dos encontros do FSMES transcritos e analisados.....	161

LISTA DE SIGLAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ACARD - Associação Capixaba de Redução de Danos

AFPES - Associação dos Funcionários Públicos do Espírito Santo

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AMME - Associação para um Mundo Melhor

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

ASCAPPA - Associação Capixaba de Pais, Profissionais e Amigos Ligados ao Trabalho com a Saúde da Criança e do Adolescente Portador de Deficiência

CAPAAC - Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CESM - Conferência Estadual de Saúde Mental

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS - Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde

CPTT - Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CRE - Centro Regional de Especialidade

CSI - Clínica Santa Isabel

CUT - Central Única dos Trabalhadores

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

ES - Espírito Santo

ETSM - Encontro dos Trabalhadores em Saúde Mental

FACITEC - Fundo de Apoio à Ciência e Tecnologia do Município de Vitória

FBH - Federação Brasileira de Hospitais

FGSM - Fórum Gaúcho de Saúde Mental

FSMES - Fórum de Saúde Mental do Espírito Santo

FMI - Fundo Monetário Internacional

HAB - Hospital Aduino Botelho

HPM - Hospital da Polícia Militar

IASES - Instituto de Atendimento Sócio-Educativo do Espírito Santo

IESP - Instituto Estadual de Saúde Pública

IF - Indústria Farmacêutica

MLA - Movimento de Luta Antimanicomial

MPES - Ministério Público do Espírito Santo

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NELAT - Núcleo da Luta Antimanicomial

NOB - Normas Operacionais Básicas

ONGs - Organizações Não-Governamentais

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PMSM - Programas Municipais de Saúde Mental

PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria

PPA - Plano de Pronta Ação

PT - Partido dos Trabalhadores

RMGV - Região Metropolitana da Grande Vitória

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SEJUS - Secretaria de Estado da Justiça

SESA - Secretaria de Estado da Saúde

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SINAMGE - Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo

SPS - Secretaria de Políticas de Saúde

SRS - Superintendência Regional de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

RESUMO

O objetivo deste estudo é identificar como o projeto democrático participativo e o projeto neoliberal atravessam a dinâmica de funcionamento do Fórum de Saúde Mental do Espírito Santo (FSMES) desde seu surgimento em 1999 até 2008/1. O problema de pesquisa é a identificação da tensão entre os dois projetos políticos antagônicos presentes na política de saúde mental brasileira (projeto da reforma psiquiátrica versus projeto privatista, de exclusão dos sujeitos com transtorno mental) tendo como lócus o espaço do FSMES. Foi feita pesquisa documental em sete relatórios de gestão (do período de 2000 a 2007) e em três planos de ação (de 2000-2003; 2004-2007; 2008-2011) da coordenação estadual de saúde mental da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), em dez listas de presença dos encontros do FSMES do período de 2005 a 2008, e em um documento do ano de 1995 que versa sobre a proposta de reorientação do modelo de atenção no Estado, naquele ano. Foram realizadas cinco entrevistas semi-estruturadas com atores participantes do FSMES ou informantes-chave sobre esse espaço. E também foi realizada observação sistemática nos encontros do FSMES (no período de 2007 a 2008). O discurso dos entrevistados e o discurso impresso nos documentos indicam uma orientação política-ideológica do FSMES voltada ao processo de reforma psiquiátrica. O FSMES é considerado por seus atores um espaço privilegiado para a saúde mental. O projeto político defendido é o da reforma psiquiátrica. Profissionais e/ou gestores das esferas estadual e municipal são segmentos que continuamente fazem parte desse espaço, enquanto a participação de usuários e da sociedade civil organizada se dá de forma pontual e tímida. No período em análise, os atores atuantes nesse espaço expressaram uma direção de contribuição do espaço do FSMES para o processo de reforma psiquiátrica no Estado. Os entrevistados da pesquisa apontaram avanços na trajetória de existência desse espaço, como: quantidade de pessoas que consegue reunir e temáticas para discussão, relacionando a saúde mental e a saúde de modo geral. Verificam-se também entraves, como: tendência de declínio de realização dos encontros (o que demonstra uma periodicidade instável) e dificuldade em assegurar a participação contínua de usuários. A análise mostra que o FSMES foi construído em uma direção contra-hegemônica, defendendo o projeto da reforma psiquiátrica, e está impulsionado a contribuir para o processo de implementação do novo modelo de atenção em saúde mental. Como esse processo não é linear, enfrenta dificuldades que devem ser contextualizadas na conjuntura sócio-política de hegemonia das políticas neoliberais que incentivam a despolitização da sociedade e expressivos investimentos no setor privado.

Palavras-Chave: Espaços Públicos. Política de Saúde. Política de Saúde Mental.

ABSTRACT

This study aims at identifying how the democratic-participative and the neoliberal projects have gone through the operating dynamics of the Mental Health Forum of Espírito Santo (FSMES) from its beginning in 1999 to 2008/1. The research problem is to identify the tension between these two main antagonistic political projects present in the Brazilian mental health policies (the psychiatric reform project versus the privatist project – excluding subjects with mental disorders) taking place at the FSMES. Documental research was carried out based on seven management reports (from 2000 to 2007); on three action plans (from 2000 to 2003; 2004 to 2007; 2008 to 2011) of the state mental health coordination of SESA – State Department of Health; on ten attendance lists of the FSMES meetings between 2005 and 2008; and on a 1995 document about the proposal of reorienting the care model in the state that year. Five semi-structured interviews were carried out with participant actors of the FSMES or key-respondents of this space. Systematic observation of the FSMES meetings (between 2007 and 2008) was also performed. The respondents' discourse and the discourse printed on the documents indicate a political and ideological bias of the FSMES towards the psychiatric reform process. FSMES is considered a privileged mental health space by its actors. The political project defended is psychiatric reform. The professionals and/or managers of the state and municipal spheres are segments that continually take part in this space, whereas users and organized civil society's participation is limited and shy. In this period under analysis, the actors in this space made contributions in the FSMES space towards the psychiatric reform process in the state. The respondents in this study reported advances in the history of this space such as: number of people it can gather and discussion topics relating mental health to health care in general. Some obstacles were also identified, such as: tendency to decrease the number of meetings (which shows an instable periodicity) and difficulty to ensure the continuous participation of users. The analysis shows that the FSMES has been built in a counter-hegemonic direction, defending the psychiatric reform project. Also, it is being led to contribute to the process of implementing a new mental health care model. Since this process is not linear, it faces difficulties that should be contextualized in the social-political setting of hegemonic neoliberal policies that encourage both the depoliticization of society and significant investments in the private sector.

Keywords: Public Spaces. Health Policy. Mental Health Policy.

APRESENTAÇÃO

O estudo que ora apresento é um dos sub-projetos inseridos no projeto “Política de Saúde Mental no ES: entre tramas, redes e atos”¹ desenvolvido pelo Grupo de Estudos sobre Políticas Públicas (FÊNIX). Está inserido na linha de pesquisa “Políticas sociais, subjetividade e movimentos sociais”, do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

A minha inserção no campo da saúde mental se deu no ano de 2004, quando fui estagiária do Programa de Atendimento ao Alcoolista do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. A partir de então, desenvolvi, como bolsista de Iniciação Científica de 2004 a 2006, o projeto de pesquisa “Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos da Prefeitura Municipal de Vitória: a vivência de um CAPS ad” (REIS; GARCIA, 2006; REIS, 2006; REIS; GARCIA, 2008). Em 2007, ao entrar no Mestrado em Política Social, propus, inicialmente, dar continuidade a esta área específica da saúde mental, também no município de Vitória². Entretanto, com a inserção no mestrado, os debates e aprofundamentos em torno das políticas sociais e o processo de orientação ampliaram o meu olhar no âmbito da política de saúde mental.

Desde a minha entrada no mestrado, sempre tive a oportunidade de discutir a política de saúde mental, tanto no grupo FÊNIX, quanto nos momentos de orientação, nos quais compartilhava as reflexões com a orientadora. Iniciava, no interior daquele grupo, o desenvolvimento de uma pesquisa, cujo objetivo é analisar a política de saúde mental implementada nos municípios capixabas. No interior dessa pesquisa, com os muitos desdobramentos investigativos que a temática suscita, surgiu a possibilidade de fazer uma reflexão acerca do Fórum de Saúde Mental do Espírito Santo. A partir daquele momento, comecei um novo caminho que exigia desbravamento. No primeiro momento, com muitas incertezas, decidi ir a um encontro do Fórum para visualizar o seu funcionamento.

¹ O projeto-mãe “Política de Saúde Mental no ES: entre tramas, redes e atos” conta com o apoio da Fundação de Apoio à Ciência e Tecnologia do Espírito Santo e do Ministério da Saúde (edital PPSUS).

² Durante o Mestrado, fui bolsista do Fundo de Apoio à Ciência e Tecnologia do Município de Vitória (FACITEC).

Aceitei o desafio de voltar minha atenção para algo, o Fórum de Saúde Mental, que, em certo sentido, era desconhecido para mim, já que não tinha feito leituras sobre o mesmo. No início (e em outros momentos), foi confuso para mim o processo de entendimento do espaço do Fórum com as primeiras “impressões” em relação ao primeiro encontro participado³: O encontro foi (ou é) divulgado para a sociedade em geral? Por que o Fórum estava sendo realizado no espaço de uma instituição particular de ensino superior? Onde estavam os usuários e as organizações da sociedade civil? Estas foram algumas das indagações iniciais.

Com o acúmulo de leitura, fui compreendendo melhor o objeto (o confronto entre projetos políticos e a configuração do espaço público do Fórum de Saúde Mental do Espírito Santo). Assim, através dos constantes debates com a orientadora, das leituras acerca dos diferentes e conflitantes projetos políticos que envolvem as políticas sociais e o processo de configuração de espaços públicos no Brasil, a proposta de estudo a ser desenvolvida tem como objetivo geral identificar como o projeto democrático participativo e o projeto neoliberal atravessam a dinâmica de funcionamento do Fórum de Saúde Mental do Espírito Santo, desde seu surgimento em 1999 até 2008/1. O problema de pesquisa é: como se configura a tensão entre os dois projetos políticos antagônicos (projeto da reforma psiquiátrica x projeto privatista – neoliberal – de exclusão da loucura) presentes na política de saúde mental brasileira, tendo por *lócus* privilegiado o espaço do Fórum de Saúde Mental no Estado do Espírito Santo? A partir da delimitação do objeto, foi dado início à abordagem das seguintes categorias teóricas: espaços públicos e política de saúde mental.

No primeiro momento, é apresentado o percurso metodológico do estudo. As reflexões da temática terão como ponto de partida o processo de busca pela redemocratização e de construção de espaços públicos na sociedade brasileira, a partir da década de 1980, e o movimento pela Reforma Psiquiátrica (a partir do final dos anos de 1970) num contexto de coexistência, ainda nos dias atuais, de projetos societários em confronto. Nesse sentido, é abordado o contexto brasileiro a partir

³ Refiro-me aqui ao encontro do Fórum do dia 16/03/2007, realizado numa parceria entre a SESA, mediante a coordenação estadual de saúde mental, a Faculdade Estácio de Sá e a Fênix Cursos, Consultoria e Eventos, no auditório daquela faculdade.

dos anos de 1980, problematizando os espaços públicos e os projetos políticos em disputa. Tendo este cenário, refletimos sobre a política de saúde mental no Brasil a partir do movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira – que engendra o projeto da Reforma Psiquiátrica. E, por fim, são apresentados os resultados da pesquisa, abordando o Fórum de Saúde Mental no Estado do Espírito Santo, inserido nos contextos político, ideológico e social supracitados.

Não se pretende com este estudo construir nenhuma receita para o enfrentamento das questões levantadas, mas contribuir para o processo de reflexão e de debates na saúde mental.

Por isso, caro leitor, fica o convite a envolver-se nas reflexões aqui desenvolvidas.

INTRODUÇÃO

O (longo) processo de transição democrática brasileira teve início na década de 1970 com o desencadeamento, na sociedade civil, de movimentos sociais em oposição ao Estado autoritário do regime militar vigente naquele momento (DAGNINO, 2002a). Para esta autora, os atores sociais e políticos envolvidos na luta unificada contra o autoritarismo procediam de diversos setores sociais, como sindicatos de trabalhadores, associações de profissionais, movimentos sociais, universidades, Igrejas, partidos políticos de oposição, entre outros (DAGNINO, 2002a). Destaca ainda o ressurgimento significativo da sociedade civil⁴ organizada, desempenhando um papel fundamental no decorrer da busca pela democratização do país.

Assim, o ressurgimento conceitual da sociedade civil se deu a partir do debate acadêmico na década de 1970, relacionando-se com a emergência dos considerados “novos movimentos sociais”, tais como ecológicos, pacifistas, feministas, urbanos etc., que traziam para o debate novas temáticas, bem como com as demandas democratizantes formadas por tais movimentos⁵ (DURIGUETTO, 2007).

Essa trajetória teve como contexto alguns acontecimentos históricos pelos quais o mundo se deparava, como, por exemplo, na América Latina a mobilização desencadeada no período em oposição aos regimes autoritários na conjuntura da redemocratização da região (DURIGUETTO, 2007). Tal enfrentamento exigia de fato a atuação da sociedade civil, como bem nos lembra Weffort (1984, p. 95): “[...] Isso significa que se não existisse, precisaríamos inventá-la. Se fosse pequena, precisaríamos engrandecê-la”.

⁴ Estamos considerando sociedade civil na perspectiva gramsciana de ser a dimensão da vida social por onde se dá a luta pela hegemonia. É uma esfera da superestrutura ideológica formada “[...] pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, compreendendo o sistema escolar, as Igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, a organização material da cultura (revistas, jornais, editoras, meios de comunicação de massa), etc” (COUTINHO, 2003, p. 127).

⁵ Para uma leitura mais aprofundada acerca dos novos movimentos sociais recomendamos Dagnino (2000).

As bandeiras de luta da mobilização popular voltavam-se contra o desemprego, as péssimas condições de vida da população, os baixos salários, a burocracia, a corrupção e a má qualidade da atenção médica (CEBES, 2007). Na efervescência das lutas reivindicatórias, emergia, no interior dos movimentos sociais, bem como em outros setores sociais, na década de 1980, uma noção de cidadania contra-hegemônica, cuja base era a luta pelo direito a ter direitos (DAGNINO, 2000); direitos à igualdade e à diferença, e cujo eixo direcionador de tais experiências era a construção, extensão e aprofundamento da democracia, a transformação social (DAGNINO, 2004a). Para esta autora, a “[...] construção da cidadania aponta para a construção e difusão de uma cultura democrática” (DAGNINO, 2004a, p. 104), expressa pela emergência de novos sujeitos sociais e novos direitos, bem como uma ampliação do espaço da política, sendo que essa ênfase dada à cidadania demonstra a importância de um conjunto de direitos que são parâmetros básicos para se conviver em sociedade.

As reivindicações populares e operárias almejavam uma sociedade mais justa e igualitária (TELLES, 2006). No decorrer dos anos de 1980, e adentrando na década seguinte, verificou-se uma organização de movimentos sociais, organismos de representação de interesses e entidades civis formando o que a autora denomina de trama social: rede associativa ampla, plural, multifacetada, descentralizada e também dinâmica, uma vez que acompanhava os acontecimentos e oscilações conjunturais do país. Por meio desta trama social, foi possível evidenciar diversificados campos de conflitos, por onde circulavam as reivindicações das lutas e movimentos sociais. Tais movimentos desempenharam um papel fundamental por constituírem, na vida social, arenas públicas

[...] nas quais **os conflitos ganham visibilidade** como acontecimentos, nas quais os **sujeitos coletivos se constituem interlocutores válidos** e nas quais os **direitos estruturam uma linguagem pública que baliza os critérios pelos quais demandas coletivas são problematizadas** e avaliadas nas suas exigências de equidade e justiça (TELLES, 2006, p. 399, grifo nosso).

Como processo e produto desses movimentos contestatórios, observa-se a construção de espaços públicos nas duas últimas décadas do século XX, como conselhos, câmaras setoriais, fóruns, orçamentos participativos, que surgiram com o

objetivo de proporcionar à sociedade civil debates amplos acerca de temáticas específicas, que, historicamente, foram (são) excluídas da agenda política, ou construídos ainda no intuito de serem espaços de ampliação e democratização da gestão estatal (DAGNINO, 2002a).

Um dos eixos da inovação democrática nos anos recentes é o conceito de espaço público, que fora resgatado na contemporaneidade devido à sua importância na “[...] primazia da publicidade, ou seja, de tornar manifesto o que está oculto, de dizer em público o que havia permanecido privado, de dar a conhecer aos outros as opiniões, valores e princípios que são defendidos” (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006, p. 23). Nesse sentido, os autores mostram que o Brasil foi o pioneiro, na América Latina, em resgatar a noção de “público” como sendo um espaço da sociedade. De inspiração no projeto democrático participativo, os espaços públicos foram defendidos pelos movimentos sociais, na conjuntura dos anos de 1980 no país, por onde se colocam as possibilidades de negociações entre os diferentes atores sociais e políticos referentes aos direitos de cidadania, por onde o debate e as deliberações, em torno dos interesses públicos envolveriam a sociedade civil (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006; TELLES; 2004).

No interior desses movimentos e desses espaços, explicitavam-se os diferentes projetos políticos com visões variadas acerca do processo democrático, bem como a demonstração do caráter heterogêneo da sociedade civil (DAGNINO, 2002a). Projetos políticos aqui dizem respeito aos “[...] conjuntos de crenças, interesses, concepções de mundo, representações do que deve ser a vida em sociedade, que orientam a ação política dos diferentes sujeitos [...]” (DAGNINO, 2002b, p.165). Tal conceito considera a ação política constituída por intencionalidade dos sujeitos e agência humana, expressa o vínculo permanente entre cultura e política, não estando restringida a formulações sistematizadas e abrangentes e que, em síntese, são projetos coletivos e societários (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006). Nesse sentido, a sociedade civil não é entendida como um pólo de virtudes, já que nela circulam também diferentes atores com interesses e projetos diferenciados e conflitantes (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006), representando que os conflitos são inerentes ao processo democrático. A noção de projeto político considerada pelos autores reconhece, no processo de construção democrática, uma

multiplicidade e diversidade de sujeitos políticos, e, como consequência, diferentes formas de ação política. Essa noção está vinculada à ação política, já que o conteúdo dos projetos políticos, que são projetos coletivos, expressa a visão dos sujeitos acerca de como deve ser a vida em sociedade, o que caracteriza a sua dimensão societária, orientando, portanto, suas ações (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006).

Dagnino, Olvera e Panfichi (2006) destacam que, para uma compreensão mais adequada dos diferentes projetos e da disputa entre eles, é preciso identificar a presença das várias dimensões e de seus respectivos pesos, o que demonstra a diversidade interna da categoria projeto. Isso porque, “[...] embora presididos pela dimensão societária, serão sempre combinações de uma variedade de dimensões, com pesos e ênfases variáveis na configuração de cada projeto” (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006, p. 41). Por exemplo, dimensões coletiva e individual, que refere à relação entre essas dimensões quanto aos processos de síntese entre as identidades dos indivíduos e dos grupos a que pertencem; dimensão de classe, na qual a posição de classe nas relações de produção criará as bases para o surgimento de projetos políticos específicos, mediante as definições de seus interesses, vivências, experiências e cultura. Mas, a simples existência das classes sociais não determina a emergência de projetos específicos; dimensão organizacional ou institucional, em que se representam os projetos que enfatizam na preservação e fortalecimento da instituição/organização daqueles sujeitos políticos mais estruturados e formalizados. E o conjunto das diferentes combinações revela o caráter dinâmico dos projetos, em transformação permanente, e a complexidade e a variedade dos processos de síntese, das combinações e das negociações.

É preciso ressaltar que no interior dos projetos políticos pode haver contradições ou um alto grau de coerência. Os projetos societários surgem e são elaborados “[...] a partir de histórias e contextos determinados que os marcam e com os quais se mantém em relação” (DAGNINO, OLVERA, PANFICHI, 2006, p. 44). A ambigüidade que se verifica na relação entre projetos políticos e os contextos históricos que os organizam é que aqueles, por um lado, foram (são) constituídos a partir de questionamentos feitos a um dado contexto histórico, e na tentativa de modificar

determinados aspectos de tal conjuntura. Por outro lado, os próprios projetos podem se apropriar dos mesmos traços culturais que a princípio os confrontavam⁶.

É, portanto, no curso do processo de redemocratização que foi se ampliando e se constituindo o cenário dos novos encontros entre Estado e sociedade civil, no qual

[...] o antagonismo, o confronto e a oposição declarados que caracterizavam essas relações no período da resistência contra a ditadura perdem um espaço relativo substancial para *uma postura de negociação que aposta na possibilidade de uma atuação conjunta, expressa paradigmaticamente na bandeira da 'participação da sociedade civil'* (DAGNINO, 2002a, p. 13, grifo do autor).

Para o âmbito das políticas públicas, esse processo exigiria a descentralização do poder decisório, bem como a partilha de tal poder entre os atores do aparato estatal e os atores da sociedade civil, momento este que foi (e continua sendo) seguido por tensões entre os atores envolvidos nesse processo.

Acompanhando e fazendo parte da dinâmica de lutas sociais, a área da saúde passava, nas décadas de 1970 e 1980, por mobilizações em defesa da saúde pública como direito de todos e de qualquer cidadão e dever do Estado (BRAVO, 1996), preconizado pelo movimento pela Reforma Sanitária. No ano de 1980, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) divulgou um documento intitulado "A questão Democrática na Área da Saúde"⁷, que traçava o diagnóstico da saúde no país naquele período: a política de saúde era gerida por uma política governamental de ideal privatizante, concentradora de renda, anti-democrática e incentivadora da assistência médico-hospitalar curativa (CEBES, 2007⁸). Concluía o órgão que a política de saúde em tal contexto sócio-econômico "[...] esquece as necessidades reais da população e se norteia exclusivamente pelos interesses da minoria constituída e confirmada pelos donos das empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral" (CEBES, 2007, p. 149).

⁶ Essas observações são importantes serem consideradas para deixarmos claro que ao abordarmos, por exemplo, os projetos da Reforma Sanitária e a Psiquiátrica não os analisaremos linearmente. Isso porque no interior desses projetos circulam diferentes atores com idéias e objetivos diferentes.

⁷ Esse documento foi apresentado pelo CEBES no primeiro simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal em outubro de 1979 e publicado na Revista Saúde em Debate pela primeira vez em outubro de 1980.

⁸ No ano de 2007, o CEBES relançou uma série de artigos e documentos dos primeiros números da Revista Saúde em Debate.

A defesa por uma saúde autenticamente democrática exigia: a) reconhecer o direito universal e inalienável da promoção ativa e permanente das condições que garantam a preservação da saúde; b) reconhecer que essas condições possuem um caráter sócio-econômico global, envolvendo múltiplos determinantes, como emprego, habitação, nutrição, salário etc.; c) reconhecer que as ações médicas possuem uma responsabilidade que é parcial, mas intransferível, quanto à promoção ativa da saúde da população; d) reconhecer o caráter social do direito à saúde, bem como reconhecer a responsabilidade do Estado de garantir as condições de promoção e manutenção da saúde (CEBES, 2007). Além desses, há que se destacar também a garantia da participação da sociedade civil na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas.

Assim, foi no início dos anos de 1980 que se deu a ampliação nacional dos movimentos populares em saúde, envolvendo uma diversidade de atores: entidades da sociedade civil e da academia, lideranças partidárias e parlamentares, associações profissionais, técnicos e funcionários das instituições de saúde (LABRA, 2005).

Os segmentos organizados da sociedade civil defendendo a participação exerceram a grande influência para que houvesse a aceitação política das propostas do movimento pela Reforma Sanitária e sobre a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), a qual constituiu um marco histórico (LUZ, 2001). A saúde passou a ser defendida como direito de cidadania. Foi um momento no qual a política de saúde se destacou dentre as políticas públicas sociais, na medida em que passou a buscar a descentralização e o controle social, exercido pelo cidadão sobre as ações do Estado (LUZ, 2001; BRAVO, 2002). Gerschman e Viana (2005) mostram que, no período da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, os discursos dos gestores do movimento sanitário associavam a descentralização à democratização do Estado e constituiria “[...] uma política que aproximaria através da participação social às comunidades locais, democratizando as ações de governo e construindo um poder democrático da saúde na ordem municipal” (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 316). Para essas autoras é importante considerar a descentralização como transferência de poder político efetivo para a sociedade civil organizada, levando em conta, portanto, a participação e o controle social da comunidade nas esferas

descentralizadas. Por outro lado, estas autoras também identificaram que, naquele momento, os discursos dos gestores de governo atribuíam, de uma forma reduzida, a descentralização a uma desconcentração de funções administrativas. Propunha-se a desconcentração de funções, de poder político, econômico e administrativo, até então centralizados no governo militar, e que se constituía num obstáculo para o desenvolvimento de políticas orientadas à democratização do país⁹.

No curso do processo democrático, que, aliás, não foi (e não é) linear, apesar das resistências por parte de grupos hegemônicos contrários à efetivação dos princípios democráticos na condução das políticas públicas, a Constituição Federal de 1988 legitimou espaços para a participação e para o exercício do controle social¹⁰ na saúde (LUZ, 2001).

A política de saúde brasileira vigente, cujo marco legal básico, pós Constituição Federal de 1988, é a Lei Orgânica da Saúde (nº. 8.080 e 8.142), de 1990, reconhece que é dever do Estado garantir a saúde a todos os cidadãos. Prevê a participação da sociedade civil no processo de construção, implementação e acompanhamento das políticas de saúde (SCOREL; MOREIRA, 2008).

Os espaços públicos participativos no setor saúde, como os Conselhos de Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde (que não são os únicos, mas são as duas instâncias colegiadas obrigatórias em todo o país), são vistos como espaços por onde se manifestam os interesses divergentes dos diferentes atores neles envolvidos, espaços de conflito e de possibilidade de negociações entre representantes do poder público e da sociedade civil (SCOREL; MOREIRA, 2008). Constituem “[...] um avanço no processo de participação social, um sistema participativo com grande capilaridade, valor pedagógico e contribuições para a

⁹ As análises sobre o processo de descentralização da saúde brasileira mostram que o conceito de descentralização assume sentidos diferentes pois “[...] ele vai estar sendo construído a partir de determinadas concepções, do contexto em que está sendo utilizado e também das posições político-ideológicas de quem o está definindo e utilizando” (SCATENA; TANAKA, 2001, p. 50). Assim, para um conhecimento das várias interpretações do termo, bem como conhecimento sobre o debate em torno do processo de descentralização da saúde, recomendamos as leituras de Arretche (2000) e Scatena e Tanaka (2001).

¹⁰ Controle Social, formulado pelo movimento e reconhecido pela Constituição de 1988, outorga à população o controle das ações do Estado, mediante participação na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais (BRAVO, 2002).

cultura democrática participativa” (SCOREL; MOREIRA, 2008, p. 107). Além desses espaços formalmente instituídos e obrigatórios na política de saúde brasileira, outros espaços vêm sendo construídos em nível nacional, estadual e/ou municipal, em que diferentes atores discutem e formulam pautas à política de saúde em que estão envolvidos. Entre esses espaços, há, por exemplo, os espaços dos Fóruns.

Contudo, a década de 1990 no país veio na contramão do processo democrático emergente com a ascensão do projeto neoliberal, acirrando o processo de precarização das políticas públicas. A política de ajuste fiscal adotada pelos governos na década de 1990, obedecendo às cartilhas dos organismos financeiros mundiais, que rezam para as economias periféricas o controle da dívida externa, o equilíbrio fiscal da balança de pagamentos e da força da moeda, acirrou a concentração de riqueza, o desemprego e a exclusão social (LUZ, 2001; SOARES, 2002). Imprimiram às políticas sociais um caráter cada vez mais focalizado e imediatista (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). Assim, a política de saúde, no contexto neoliberal, tem sido alvo de cortes de verbas e desmonte do setor público, entre outras características. Há, nesse curso, uma disparidade temporal entre o repasse dos recursos e o repasse de obrigações, não sendo realizados em um mesmo ritmo (LUZ, 2001).

Além disso, por mais que a década de 1990 tenha trazido, no âmbito da efervescência das conquistas dos direitos sociais na década anterior, possibilidades de uma atuação conjunta e compartilhada entre Estado e sociedade civil (DAGNINO, 2002a), o cenário configurado foi de

[...] *confluência perversa* entre um projeto participatório, construído, a partir dos anos 80, ao redor da extensão da cidadania e do aprofundamento da democracia, e o projeto de um Estado mínimo que se isenta progressivamente do seu papel de garantidor de direitos. A perversidade está colocada no fato de que, apontando para direções opostas e até antagônicas, *ambos os projetos requerem uma sociedade civil ativa e propositiva*. Essa confluência perversa faz com que a participação da sociedade se dê em um terreno minado, onde o que está em jogo é o avanço ou o recuo de cada um desses projetos (DAGNINO, 2002c, p. 288-289, grifo do autor).

Esses são os dois principais projetos políticos que travam uma disputa política pela construção democrática nos países latino-americanos (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006). Segundo esses autores, nessa região, os projetos democratizantes foram construídos no período da resistência aos regimes autoritários, lutando pelo avanço democrático, enquanto os projetos neoliberais, em diferentes tempos e ritmos, se configuraram a partir dos anos de 1980. O projeto de democracia participativa fundamenta-se em um conceito ampliado de política por meio da participação cidadã e da deliberação nos espaços públicos (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006), onde os atores da sociedade podem explicitar seus interesses e conflitos, negociá-los de forma pública (TELLES, 2004; 2006), bem como haver o compartilhamento do poder do Estado com a sociedade civil (DAGNINO, 2004b). O projeto neoliberal, por sua vez, utilizando as mesmas referências, imprime novos significados para a relação Estado e sociedade civil no sentido de provocar a despolitização da sociedade (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006). A sociedade civil é entendida de forma seletiva e excludente, e a sua participação se restringe à implementação das políticas. A participação, tratada de forma instrumental, diz respeito a “[...] assumir a execução eficiente das políticas sociais, cuja definição, no entanto, permanece sob controle exclusivo do Estado” (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006, p. 56).

Os autores ainda destacam que, para além de apontarem para direções opostas e antagônicas, os projetos em confronto utilizam referências comuns, o que caracteriza a perversidade na disputa entre os projetos¹¹, emergindo, nesse processo, o que eles chamam de uma crise discursiva. E por isso, ao se considerar a existência de diferentes projetos na sociedade civil, possibilita compreender o processo de construção democrática como resultado de um jogo de forças em disputa envolvendo diferentes atores na arena política.

Os conflitos emergidos entre os projetos que reivindicam a ampliação de direitos sociais e os projetos cuja lógica é a exclusão de grande parcela da sociedade em benefício da modernização representam mais que divergências de interesses,

¹¹ Perversidade entendida “[...] como um fenômeno cujas conseqüências contrariam sua aparência, cujos efeitos não são imediatamente evidentes e se revelam distintos do que se poderia esperar” (DAGNINO, 2004b, p. 96).

evidenciam a problemática da igualdade e da justiça numa sociedade internamente dividida e marcada por contradições e desigualdades sociais, como é o caso do Brasil (TELLES, 2006).

Em conseqüência, as experiências de participação refletem também uma dimensão perversa, frente à contradição entre o saldo positivo dos anos de luta pela democratização com constituição de espaços públicos e o processo de encolhimento do Estado. Há riscos de que a participação da sociedade civil nas instâncias decisórias acabe servindo aos objetivos do projeto que lhe é antagônico, em vez de propiciar o aprofundamento democrático e a redução da exclusão (DAGNINO, 2004b).

Nesse sentido, autores como Neves (2007a) e Dagnino, Olvera e Panfichi (2006) atentam para que não haja um tratamento linear sobre o processo democrático e as experiências de espaços públicos participativos construídas na década de 1990 no Brasil (NEVES, 2007a), pois, naquela mesma década, o projeto neoliberal tornava-se hegemônico, obscurecendo as diferenças e reduzindo aparentemente os antagonismos.

O processo de construção democrática desencadeado nos países latino-americanos a partir das últimas décadas do século XX, as experiências participativas surgidas e os inerentes conflitos de interesses entre diversos e diferentes atores envolvidos que atravessam tal processo vêm sendo discutidos por muitos autores, tais como Avritzer (2002); Dagnino, Olvera e Panfichi (2006) e Olvera (2003).

No Brasil, também produções foram e são realizadas referentes ao processo de transição democrática, desenvolvendo reflexões acerca de sociedade civil, participação, espaços públicos, movimento social etc. Autores como Dagnino (2002a), Telles (2004), Carvalho (1997), Raichelis (2007), Ferraz (2005), Neves (2007a) e Teixeira e Albuquerque (2006) analisam a construção de espaços públicos participativos em diferentes áreas da administração pública, sendo os conselhos de políticas públicas de diversos setores abordados com destaque em muitos desses estudos (CÔRTEZ, 2007). Os vários estudos realizados sobre os mecanismos de participação demonstram a importância atribuída ao tema pelos autores em suas

reflexões. No Estado do Espírito Santo, encontramos também produções abordando a temática dos espaços públicos participativos em diferentes áreas, como Carlos (2003), Ferreira (2006), Leal (2006), Melim (2006) e Bruce (2007).

Esse cenário, e considerando o destaque dado pelos autores à discussão de espaços públicos, projetos políticos e seus rebatimentos nas políticas sociais, no cenário internacional, nacional e local, confere relevância ao estudo, aqui desenvolvido como questão de pesquisa. Sobre os estudos acerca da política de saúde mental no Estado do Espírito Santo podemos citar Ferreira (2005), Rossoni (2006), Oliveira (2009) e a pesquisa “Política de Saúde Mental no ES: entre tramas, redes e atos”, coordenado pela pesquisadora Maria Lúcia Teixeira Garcia. Constituirá em um diferencial, já que, inserido na temática da política de saúde mental no contexto do Espírito Santo, não há entre as produções bibliográficas acerca da política de saúde mental uma reflexão sistemática cujo foco sejam aqueles temas tendo como *lócus* o Fórum de Saúde Mental no Estado do Espírito Santo.

Justifica-se também, pois produzirá um conhecimento novo acerca da problematização que se propõe a pesquisa, possibilitando conhecer como o debate acerca de espaços públicos e dos projetos societários em confronto na sociedade brasileira se configura na particularidade da política de saúde mental do estado do Espírito Santo. Tal problematização contribuirá para o debate no âmbito da gestão da política e da condução do Fórum de Saúde Mental do Espírito Santo (FSMES).

Em nível social, o debate em torno da discussão das ações desenvolvidas e de suas características no Estado será possibilitado, pois o estudo passará a compor o banco de dados acerca da política de saúde mental no Espírito Santo com reflexões sobre um tema que ainda não havia sido aprofundado. Possibilitará ainda aos profissionais, gestores, usuários e organizações e instituições da sociedade civil participantes do Fórum conhecer e refletir sobre os projetos defendidos e seus rebatimentos nas práticas profissionais desenvolvidas no âmbito da saúde mental no Estado. Permitirá aos atores envolvidos refletirem sobre a relação Estado e sociedade civil no espaço do Fórum e ainda trará elementos que poderão subsidiar ações para garantir a participação da sociedade civil nesse espaço.

O problema de pesquisa deste estudo é: como se configura a tensão entre os dois projetos políticos antagônicos (projeto da reforma psiquiátrica x projeto privatista – neoliberal – de exclusão da loucura) presentes na política de saúde mental brasileira, tendo por *locus* privilegiado o espaço do Fórum de Saúde Mental no Estado do Espírito Santo?

Nesse sentido, será abordado o contexto brasileiro a partir dos anos de 1980 com os projetos políticos em disputa no país (neoliberal e democrático participativo) e as tensões e limites provocados no campo dos espaços públicos participativos. Tal discussão possibilitará conhecermos os fundamentos dos projetos em discussão que orientam as ações dos sujeitos e de que forma implicam na configuração dos espaços públicos na sociedade brasileira, para, dessa forma, estendermos a discussão para o campo da política de saúde mental vigente no país, identificando os projetos políticos conflitantes preconizados pelos diferentes atores envolvidos na formatação da reforma psiquiátrica brasileira discorrendo ainda acerca dos espaços de discussão da política constituídos no interior da mesma e trazendo para o centro desse debate o FSMES. Antes, porém, apresenta-se o caminho metodológico pelo qual percorreu o estudo.

1 METODOLOGIA

Como caminho do pensamento, a metodologia requer que se apresente os pressupostos teóricos que orientam nosso olhar da realidade, os procedimentos técnico-operacionais, entendendo, ainda, conforme assinala Minayo (2002), que tudo isso é mediado pela criatividade do pesquisador. A metodologia não está separada da teoria, pelo contrário, mantém uma relação indissociável, já que é ela (teoria) quem leva ao caminho rumo à compreensão do fenômeno estudado e da realidade (MINAYO, 2002). Ou, como afirma Löwy (2007), é o mirante do qual se olha a realidade.

Como um caminho que não é linear, o processo de tomada de decisão quanto ao que estudar seguiu uma estrada tortuosa com sucessivas aproximações, recuos, recusas e estranhamentos. Estudar o FSMES – o *lócus* de estudo – não definia o que se iria investigar nele. Assim, longe de querer aparentar um caminho simples, sem percalços – o que não representaria de fato o processo –, o que se apresenta a seguir é uma síntese da metodologia após a decisão quanto ao objeto de estudo.

O cenário político e social abordado por este estudo para as reflexões aqui propostas parte do processo de luta pela democratização do país, resultado do processo de movimentos contestatórios protagonizados pela sociedade civil organizada no decorrer das três últimas décadas do século XX, em oposição ao Estado autoritário (DAGNINO, 2002a; TELLES, 2006). Como pressupostos teóricos (apresentados nos capítulos subseqüentes), parte-se aqui da compreensão do Fórum como um espaço que surge como resultado da dinâmica da conjuntura brasileira a partir da década de 1970, por onde a sociedade civil pudesse participar dos processos de discussão, proposição e acompanhamento das políticas públicas – neste caso, a da saúde mental. Logo, são (ou devem ser) espaços plurais. Os espaços dos Fóruns de Saúde Mental são constituídos na lógica da luta pela mudança de modelo de atenção à saúde mental, ou seja, em uma perspectiva contra-hegemônica de luta antimanicomial. Para os propositores estaduais, um espaço coletivo, de proposições de pautas e espaços de debates amplos acerca de temáticas da política (estadual) de saúde mental. Para os propositores e militantes

em nível nacional, são (ou devem ser) espaços participativos e de pressão – a sociedade civil organizada apresenta suas demandas ao poder público. Mas, inseridos numa conjuntura societária de disputas entre projetos políticos nas políticas sociais brasileiras e marcados por diversidades de atores envolvidos, são também espaços conflituosos.

1.1 O LÓCUS DO ESTUDO: APRESENTANDO O FÓRUM DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

O Fórum de Saúde Mental do Espírito Santo (FSMES) foi criado no ano de 1999, por iniciativa da coordenação estadual de saúde mental da Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Inicialmente foi denominado **Fórum de Coordenadores de Saúde Mental**. A participação limitava-se, naquele momento, aos coordenadores de saúde mental dos municípios da Grande Vitória¹² e à equipe estadual de saúde mental. A coordenação estadual de saúde mental objetivava, com a criação do Fórum de Coordenadores de Saúde Mental, possibilitar um espaço de encontro, de proposição e de reflexão da política estadual de saúde mental, para que esta encontrasse ressonância nos municípios¹³.

Entre os anos de 1999 e 2002, após ter passado por um momento de latência, a política nacional de saúde mental retoma, nos anos de 2000 e 2001, algumas linhas de atuação (de avaliação e de Autorização de Internação Hospitalar – AIH). Houve também a inauguração de uma nova modalidade de assistência e linha de atuação (serviços residenciais terapêuticos), além de ter sido um momento de grande movimentação de debates, proposições e deliberações, com a aprovação da Lei nº 10.216/01 (Lei da Reforma Psiquiátrica) e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) (BORGES; BAPTISTA, 2008). No Espírito Santo, naquele período, estava em curso o processo de construção e implantação das ações de

¹² A Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) foi instituída pela Lei Complementar estadual nº 58, de 21/02/1995, composta, naquele momento, pelos municípios de Vitória, Vila Velha, Serra, Cariacica e Viana. Nos anos de 1999, com a Lei Complementar nº 159 (08/07/1999), e 2001, com a Lei Complementar nº 204 (22/06/2001), foram incorporados, respectivamente, os municípios de Guarapari e Fundão. O objetivo da RMGV é a integração de políticas de interesses comuns para a região (ESPÍRITO SANTO, 2005).

¹³ Informações obtidas de um entrevistado da pesquisa.

reorientação do modelo assistencial e a realização da II Conferência Estadual de Saúde Mental (CESM) (FERREIRA, 2005). Todavia, a despeito dessas iniciativas, o período é marcado também por altas taxas de internações (OLIVEIRA; GARCIA, 2009).

No ano de 2002, o nome “coordenadores” foi retirado, passando a ser denominado **Fórum Estadual de Saúde Mental** para que se pudesse ter a adesão de profissionais e usuários, e não mais contar apenas com a participação de coordenadores. Desde então, esse Fórum está aberto a atores não somente do governo, mas também da sociedade civil (ESPÍRITO SANTO, 2002a). Sua formatação atual, em tese, está aberta a toda a sociedade: profissionais, gestores, estudantes, usuários, organizações da sociedade civil etc.

Os encontros do FSMES acontecem na região da Grande Vitória, em locais escolhidos pela SESA. A coordenação do FSMES é realizada pela equipe estadual de saúde mental da SESA. Ocorrem, geralmente, no período da manhã, possuindo uma periodicidade instável no decorrer dos anos de sua existência (bimestral, trimestral ou ainda já houve ano em que se realizou apenas um encontro). Mesmo com a proposta atual de incluir atores não só do governo, o que se verifica é a predominância destes e a pouca participação sistemática de atores da sociedade civil organizada (REIS; GARCIA, 2008). No momento das primeiras discussões sobre a ampliação do Fórum, ocorreram tentativas de discussões entre os participantes sobre a temática dos movimentos sociais.

1.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa é um Estudo de Caso (YIN, 2005). Este é uma estratégia de pesquisa que investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto real, permitindo a compreensão do fenômeno estudado (YIN, 2005). De acordo com esse autor, caracteriza-se, entre outros, pelo uso de variadas fontes e é usado em estudos cujo problema se inicia com perguntas do tipo como e por quê.

O estudo possui uma abordagem qualitativa (MINAYO, 2002), na qual se buscará a compreensão dos significados, dos valores e das atitudes que envolvem o objeto da pesquisa, sem se deter em preocupações numéricas. A abordagem qualitativa considera que o conhecimento se dá através da interação entre o sujeito e o objeto do conhecimento, considerando ainda que nos sujeitos os lados objetivo e subjetivo estão vinculados (DESLANDES; ASSIS, 2002). Utilizou-se as seguintes técnicas de coleta de dados: pesquisa documental, entrevista e observação.

O *corpus* empírico foi estruturado ao longo de 2007-2008. Num primeiro momento, buscou-se contato com informantes-chave acerca do FSMES. A técnica utilizada foi a entrevista (MAY, 2004). Foram realizadas cinco entrevistas semi-estruturadas (MAY, 2004) com informantes-chave, tendo sido utilizado roteiro de entrevista (APÊNDICES A, B, C e D)¹⁴. Houve um grande intervalo entre as entrevistas realizadas em 2007 e as realizadas em 2008, período de maturação da pesquisa.

Na entrevista semi-estruturada, o pesquisador se orienta por algumas questões relevantes a serem abordadas sem direcionar a fala do entrevistado (MAY, 2004). As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra com a permissão dos entrevistados, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹⁵ (ANEXOS A e B).

A busca por informantes-chave para a realização das entrevistas teve como objetivo, no estudo, capturar a história, o contexto e o porquê da formação do FSMES, bem como conhecer quais eram as expectativas no momento de sua formação. Essa fase da pesquisa também está relacionada à dificuldade de encontrar documentos/materiais específicos desse Fórum que tratassem daquelas questões, decidindo-se, então, recorrer à memória de atores participantes daquele período. Por último, essa fase na pesquisa teve por finalidade permitir a compreensão da atuação hoje do FSMES, auxiliando na reflexão do objetivo a que se propõe a pesquisa.

¹⁴ Os sujeitos da pesquisa são identificados no gênero masculino por motivos éticos.

¹⁵ No decorrer do processo de realização das entrevistas os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram sendo aprimorados.

Para tanto, o percurso em direção aos informantes-chave do estudo iniciou-se com uma entrevista com um profissional da equipe de saúde mental da SESA, que, com a sua trajetória de engajamento na política estadual de saúde mental, participou do movimento de formação do Fórum e continua participando do mesmo (tanto que suas falas aparecem na análise em maior número, pois este ator reuniu uma gama de relatos desde a fase inicial do FSMES). Desse primeiro contato foram identificados mais dois informantes-chave (um ex-integrante da equipe de saúde mental da SESA, o outro também integrante da equipe). Utilizou-se a técnica da Bola de Neve (DENZIN, 1970) para a localização e seleção desses atores. Para o fim das entrevistas, utilizou-se os critérios de saturação, após haver repetição dos aspectos que interessavam à pesquisa, como os atores envolvidos, o significado do FSMES atribuído por seus atores, características da trajetória de formação do FSMES, bem como características de sua dinâmica.

Além disso, como o estudo buscou identificar os atores participantes desse Fórum entre segmentos governamentais e da sociedade civil, foi preciso recorrer a atores também deste último segmento. Assim, foram realizadas duas entrevistas semi-estruturadas, utilizando um roteiro para cada (APÊNDICES B e C), com um representante do Movimento de Luta Antimanicomial (MLA) do Estado do Espírito Santo (ES), já que se trata de um movimento social na área da saúde mental. A localização deste ator deu-se através do conteúdo dos cinco encontros do Fórum gravados no período de 2006 a 2008, tendo-se encontrado falas deste representante em três daqueles encontros; o outro, foi um representante de uma associação, cuja localização foi através das dez listas de presença do período de 2005 a 2008. Entre esses documentos, em oito, foram encontrados registros quanto à presença de instituições/associações da sociedade civil. Dentre elas, há uma que se destaca pela recorrência em mais de uma lista de presença: das dez, aparece representada em cinco listas, todas elas pela mesma pessoa, tendo sido então selecionada para a pesquisa. É preciso salientar que os entrevistados são atores que possuem, ou já possuíram em algum momento, uma dupla representação: como militantes, muitos desses eram (ou são) técnicos inseridos em serviços extra-hospitalares; como técnicos, inseridos na SESA, ou em serviços municipais, ou em hospitais psiquiátricos, mas que em algum momento estiveram engajados na militância. Como

técnico-militante ou como militante-técnico, ou somente como técnico, essa sobreposição de papéis foi algo que chamou a atenção.

Cabe destacar aqui que essas entrevistas solicitavam que esses sujeitos resgatasse lembranças de fatos já transcorridos. Em seus depoimentos é possível identificar o receio quanto ao possível impacto que as palavras pudessem assumir no interior do discurso, a confluência entre presente – momento em que presta a informação – e o passado – momento a ser retratado. Tudo isso requereu da pesquisadora um cuidado com essas entrevistas, pois reconhecia-se que o dito sobre o passado era mediado pelo presente.

A pesquisadora participou dos encontros do FSMES na qualidade de observadora, realizando, nesse momento, observação sistemática (UWE, 2004). De acordo com esse autor, a técnica da observação permite o conhecimento de como efetivamente uma realidade funciona e ocorre, e neste estudo, optando-se pelo caráter sistemático da observação, esta se orientou por questões definidas *a priori*: dinâmica de funcionamento do Fórum; pauta/tema dos encontros; assuntos debatidos; quem participa; comportamento verbal e não-verbal dos participantes; embates de posicionamento; encaminhamentos realizados.

Após cada encontro do FSMES, as observações foram registradas em um diário de campo. Isso para que o processo de observação não fosse interrompido com as anotações, evitando a perda de dados importantes a serem observados. Concomitantemente, foi utilizado um gravador de áudio para a gravação dos conteúdos debatidos durante os encontros, que foram transcritos na íntegra¹⁶ (Quadro 1). Estes dados propiciaram o conhecimento dos assuntos no que tange à política de saúde mental, alvos de discussão nos encontros do Fórum. No início dos encontros, era solicitada autorização verbal dos participantes para registro em áudio

¹⁶ Embora a pesquisadora tenha começado a delinear o estudo do Fórum em 2007, dois encontros ocorridos no ano de 2006 (30/06/2006 e 29/09/2006) foram gravados e entraram para a análise, visto que os registros em áudio foram realizados por Edinéia Figueira dos Anjos Oliveira, por solicitação da orientadora, Prof^a Dr^a Maria Lúcia Teixeira Garcia. E no ano de 2007, dois encontros do Fórum foram gravados, porém a pesquisadora participou de um deles (o do mês de março de 2007), e o outro (mês de setembro de 2007) tendo sido gravado também por Edinéia.

e vídeo. Foi feita também consulta previa à coordenação da saúde mental da SESA para utilização de uma filmadora para registro em vídeo¹⁷.

Desde os primeiros contatos com a equipe de saúde mental da SESA e com o FSMES acerca da viabilidade da pesquisa de campo, sempre houve a permissão por parte daqueles quanto à minha inserção naquele espaço. A postura adotada por mim era de não intervir verbalmente durante a realização dos encontros, o que não significou uma posição neutra no interior daquele processo. O fato de estar lá fazendo pesquisa (estando expostos, por exemplo, os instrumentos de registro de dados, como o gravador e a filmadora) já implicava uma reação nas pessoas, seja de curiosidade, seja de incômodo, seja de concordância, seja de receio, ou ainda de discordância. Por exemplo, em um desses encontros, antes de ser dado início ao Fórum, foi distribuída a lista de presença, e um aspecto contido nele me chamou a atenção em um primeiro momento, e, aproveitando que não havia começado, anotei em meu diário de campo. Passado alguns instantes, dialogando com uma participante do Fórum, enquanto não iniciava o encontro, aquela pegou o diário de campo e leu a anotação e falou sorrindo: “– Ah, até a lista!” E no mesmo dia, ao final do encontro, quando guardava os instrumentos, outra participante ao passar por mim falou: “– Nossa! que trabalhão ficar gravando!”

O processo de observação foi rico e permitiu entrar e acompanhar um espaço cheio de potencial. Como um processo, minha presença interferiu diretamente sobre aquele espaço.

Dos dois encontros do FSMES dos quais participei como observadora (março de 2007 e abril de 2008), identifiquei mudanças: em abril de 2008, houve pronunciamento de representantes do MLA e de usuário (o que não ocorreu na do mês de março de 2007).

Outra técnica utilizada para a coleta de dados foi a pesquisa documental (MAY, 2004) em relatórios de gestão da coordenação estadual da SESA, nos planos de

¹⁷ A filmagem foi realizada no encontro do Fórum do dia 11/04/2008. Entretanto, não foi utilizada para a análise.

ação, nas listas de presença dos encontros do FSMES e no documento de 1995, que propõe a reorientação do modelo de assistência. May (2004) enfatiza que o pesquisador deve ter o cuidado de não tratar de forma igual documentos diferentes. Nesse sentido, por meio dos Quadros 2, 3 e 4 é possível conhecer as características dos documentos analisados neste estudo e os desafios postos à pesquisadora quando de suas análises.

Ano	Gravações (FSMES)	FSMES realizados
2006	30/06/2006 ¹⁸ e 29/09/2006	3
2007	16/03/2007 e 14/09/2007	2
2008	11/04/2008	1

QUADRO 1 - ENCONTROS DO FSMES NO PERÍODO DE 2006 A 2008.

Foram acessados os relatórios de gestão dos anos de 2000, 2001, 2002, 2003, 2005, 2006 e 2007 (Quadro 2), e realizadas leituras dirigidas sobre os princípios que orientam a política estadual de saúde mental, sobre o que é, ou não, retratado sobre o FSMES.

Foram levantados três planos de ação: de 2000 a 2003, de 2004 a 2007 e de 2008 a 2011 (Quadro 3). Dez listas de presença dos encontros do FSMES foram levantadas na SESA, compreendendo o período entre 18/03/2005 e 11/04/2008 (Quadro 4)¹⁹. Nestas, buscou-se identificar os atores participantes, a formação dos profissionais participantes, se há continuidade na participação dos atores nos encontros do Fórum e se há participação de segmentos da sociedade civil organizada. Nesses materiais, o objetivo era identificar qual a lógica impressa nos seus conteúdos: uma lógica racionalizadora, ou uma lógica de ampliação de direitos pautada em ações universalistas e na participação dos sujeitos sociais. Para tanto, buscou-se aquilo que a lista continha por sua repetição ou falta: como repetição, o nome e a instituição a qual a lista apresentava (aspecto que precisava ser visto com cuidado,

¹⁸ A gravação deste encontro não está completa. Decidiu-se utilizá-la para a análise das temáticas discutidas.

¹⁹ As listas de presença levantadas e que foram disponibilizadas por um dos entrevistados da equipe de saúde mental foram as do período a partir do ano de 2005, pois eram essas que, à época, se encontravam nos arquivos de documentações da equipe.

pois poderia estar oculta uma representação que não se restringia à instituição representada); como ausência, a falta, na maioria das listas, de nomes, como representantes do MLA do Estado – o que não significava que não estivessem presentes em cena. Assim, as listas foram em si documentos provocadores de indagações e reflexões.

Tipo de Documento	Ano	Elaboração	Circulação	Conteúdo	Perguntas
Relatórios de Gestão ²⁰	2000 2001 2002 2003 2005 2006 2007	Coordenação Estadual de Saúde Mental/ES	Pública/ Irrestrita (disponível na SESA)	- Registro das ações desenvolvidas. - Breves Descrições acerca dos serviços existentes.	- Há alguma menção ao Fórum? - O que se registra dele?

QUADRO 2 - RELAÇÃO DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO DA COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL ANALISADOS.

Tipo de Documento	Período	Elaboração	Circulação	Conteúdo	Perguntas
Plano Estadual de Saúde Mental	2000 a 2003 2004 a 2007 2008 a 2011	Coordenação Estadual de Saúde Mental/ES	Pública/ Irrestrita (disponível na SESA)	- Ações programadas para um período de quatro anos	- O Fórum é incluído nos planos de ação?

QUADRO 3 - RELAÇÃO DOS PLANOS DE AÇÃO EM SAÚDE MENTAL DA COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL ANALISADOS.

O Quadro 4 nos mostra a periodicidade instável dos encontros do FSMES: quando iniciei a pesquisa, a informação obtida da equipe estadual de saúde mental foi a de uma ocorrência trimestral. No relatório de gestão do ano de 2006, fala-se que os encontros são bimestrais. Entretanto, no encontro do Fórum do mês de abril de 2008, foi informado, pela coordenação estadual de saúde mental, que ele se realiza com uma periodicidade quadrimestral. Se observarmos o Quadro 4, em 2005 o FSMES se reuniu quatro vezes entre março e dezembro. Em 2006, estava prevista a

²⁰ Até o período de levantamento de dados não obtivemos informação quanto à disponibilidade de consulta pública do relatório de gestão de 2008.

realização de quatro encontros, mas foram realizados três, pois, segundo o que consta no relatório de gestão de 2006, o do mês de dezembro foi suspenso devido às fortes chuvas em Vitória. Em 2007, foram dois encontros realizados, e em 2008, apenas um. Há um declínio de encontros do Fórum no período considerado. Assim, nem bi, nem tri, nem quadrimestral. A periodicidade dos encontros do FSMES pode expressar as dificuldades nesse espaço.

Além desses documentos, analisou-se o documento “Proposta para uma política de saúde mental do Espírito Santo”, elaborado por profissionais e militantes no ano de 1995. Tal documento contém propostas para a reorientação da política estadual de saúde mental a partir daquele momento. Neste documento, o objetivo foi identificar as propostas formuladas e se houve indicação para formação de espaços públicos participativos.

Tipo de Documento	Datas	Elaboração	Circulação	Conteúdo	Perguntas
Listas de presença dos encontros do FSMES do período de 2005 a 2008/1	18/03/2005 03/06/2005 05/08/2005 02/12/2005 07/04/2006 30/06/2006 29/09/2006 16/03/2007 14/09/2007 11/04/2008	Coordenação Estadual de Saúde Mental/ES	Pública/Irrestrita (disponível na SESA)	- Registro dos municípios, serviços, gestores, profissionais, usuários, instituições da sociedade civil e demais atores presentes nos encontros do Fórum.	- Quais os segmentos representados? - Há repetição desses atores?

QUADRO 4 - RELAÇÃO DAS LISTAS DE PRESENÇA DOS ENCONTROS DO FSMES ANALISADOS.

Diante do exposto acima, nota-se que o caminho a que se propôs o estudo a percorrer em direção ao seu objetivo é composto por falas e textos pelos quais se assenta o desbravamento de suas questões norteadoras. Assim, para a análise de dados, optou-se em recorrer à técnica de Análise de Discurso, apoiando-se em Bakhtin (2002).

Esse autor, imbuído de uma convicção marxista, defende a abordagem dessa perspectiva da filosofia da linguagem como filosofia do signo ideológico, mostrando as relações entre linguagem e sociedade, ao propor a aplicação do método

sociológico em lingüística. Para ele, há uma relação entre ideologia, língua, palavra e signos. Isso porque em tudo que é ideológico há um significado e remete a algo externo, ou seja, é, como denominado por ele, um signo. Este (signo), ao mesmo tempo em que faz parte de uma realidade, reflete e retrata uma outra, podendo “[...] distorcer essa realidade, ser-lhe fiel, ou apreendê-la de um ponto de vista específico, etc. Todo signo está sujeito aos critérios de avaliação ideológica (isto é: se é verdadeiro, falso, correto, justificado, bom, etc.)” (BAKHTIN, 2002, p. 32). Acrescenta ainda que o domínio do ideológico e o domínio dos signos são mutuamente correspondentes:

Todo signo [...] resulta de um consenso entre indivíduos socialmente organizados no decorrer de um processo de interação. Razão pela qual as formas do signo são condicionadas tanto pela organização social de tais indivíduos como pelas condições em que a interação acontece. Uma modificação destas formas ocasiona uma modificação do signo (BAKHTIN, 2002, p. 44, grifo do autor).

Bakhtin (2002), contrário ao pensamento que faz da língua um objeto abstrato ideal como um sistema sincrônico homogêneo, considera a língua um fato social, cuja existência se funda nas necessidades da comunicação, e valoriza a fala, a enunciação; esta possui uma natureza social, portanto ideológica. Uma modificação na ideologia acarreta modificação na língua, já que ambas estão relacionadas. Dessa forma, a fala “[...] está indissolúvelmente ligada às condições da comunicação, que, por sua vez, estão sempre ligadas às estruturas sociais” (BAKHTIN, 2002, p. 14).

Segundo o autor, a realidade fundamental da língua, isto é, a substância que a constitui, é a interação verbal, cuja realização se dá através da enunciação ou das enunciações. A enunciação está inserida num contexto social, é fruto da interação de dois ou mais indivíduos socialmente organizados, e sua estrutura é determinada pela situação social mais imediata e pelo meio social mais amplo (BAKHTIN, 2002). Assim, toda enunciação faz parte de um processo de comunicação verbal ininterrupto, sendo, então, um componente do diálogo. Este é compreendido no sentido amplo do termo, ou seja, envolvendo qualquer tipo de comunicação verbal. O ato de fala impresso, por exemplo, é um elemento da comunicação verbal, em que o discurso escrito “[...] é de certa maneira parte integrante de uma discussão

ideológica em grande escala: ele responde a alguma coisa, refuta, confirma, antecipa as respostas e objeções potenciais, procura apoio, etc.” (BAKHTIN, 2002, p. 123).

A palavra, que possui uma dupla determinação, pois procede de alguém e se dirige para alguém (fruto da interação do locutor e do ouvinte, ligando os mesmos), “[...] está sempre carregada de um conteúdo ou de um sentido ideológico ou vivencial” (BAKHTIN, 2002, p. 95). Nesse sentido, é nela que se dão os confrontos de valores sociais contraditórios. Nas palavras do autor: “Através da palavra, defino-me em relação ao outro, isto é, em última análise, em relação à coletividade” (BAKHTIN, 2002, p. 113).

Assim, as falas e os textos que constituem as fontes da presente pesquisa serão analisados não como algo em si mesmo, mas que possuem significados que ultrapassam suas próprias particularidades. Por isso, buscou-se relacioná-los ao contexto político, ideológico e social que os envolvem (embates entre projetos societários: neoliberal e democrático participativo/reforma psiquiátrica) e nos quais se inserem, considerando as concepções e visões ideológicas refletidas e retratadas nas mesmas.

1.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este processo de pesquisa é revestido de desafios éticos. Como pessoas conhecidas, os entrevistados concederam seus depoimentos com imensa solicitude às informações solicitadas. Mas uma questão permanecia: como assegurar o anonimato de pessoas conhecidas na comunidade? Para tanto, adotou-se os seguintes procedimentos:

- a) encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFES (ANEXO C) – Nº Registro CEP: 011/08;
- b) solicitação aos atores envolvidos de autorização verbal para gravação e filmagem dos encontros do FSMES;
- c) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos a serem entrevistados (ANEXO A, B, C e D);

- d) supressão dos dados de identificação dos entrevistados, que serão identificados no estudo de acordo com o seguinte critério: para os atores representantes do governo, será utilizada a letra G seguida de uma numeração e para os atores da sociedade civil, a letra C seguida de uma numeração;
- e) devolução do conteúdo das entrevistas aos entrevistados, já que alguns são conhecidos na comunidade;
- f) devolução do material final da pesquisa à SESA e ao FSMES;
- g) destruição das fitas gravadas.

Por outro lado, há implicações éticas que esses procedimentos não asseguram. Assim, outros procedimentos foram (e são) requeridos:

- a) o respeito pelo depoimento de cada um que nos permitia enxergar um discurso que é social, portanto que transcende ao sujeito falante;
- b) o reconhecimento de que o estudo gerou inúmeras expectativas, e que nem todas serão aqui alcançadas.

2 ESPAÇOS PÚBLICOS E PROJETOS POLÍTICOS EM DISPUTA NO BRASIL: DÉCADA DE 1980 AOS DIAS ATUAIS

O objetivo deste item é abordar o campo dos espaços públicos no Brasil, evidenciando as problemáticas enfrentadas no processo de operacionalização dos mesmos. Para tanto, inicialmente trazemos as principais teses dos dois principais projetos políticos antagônicos no país (neoliberal e democrático-participativo) para compreensão de como vêm se configurando aqueles espaços.

Nas décadas de 1970 e 1980, a economia internacional passou a apresentar desequilíbrios macroeconômicos, financeiros e de produtividade, reflexos da segunda grande crise do capitalismo no século XX, vivida, nesse período, pelos países industrializados (SOARES, 2002). Tais países apresentavam, entre outros, baixas taxas de crescimento, declínio dos investimentos, inflação e queda da taxa de lucro com o esgotamento do padrão de acumulação do modelo taylorista/fordista (que não mais respondia à retração do consumo) (DURIGUETTO, 2007). Essa crise²¹ referia-se a

[...] uma crise global de um modelo social de acumulação, cujas tentativas de resolução têm produzido transformações estruturais que dão lugar a um modelo diferente – denominado de *neoliberal* – que inclui (por definição) a informalidade no trabalho, o desemprego, subemprego, a desproteção trabalhista e, conseqüentemente, uma ‘nova’ pobreza (SOARES, 2002, p. 12, grifo do autor).

De acordo com Anderson (2003), o neoliberalismo despontou no cenário mundial após a II Guerra Mundial, contrário ao Estado intervencionista e de Bem-Estar²²/*Welfare State*²³. O grupo de economistas, cientistas políticos e filósofos que difundiram as idéias neoliberais, a partir daquele período (como Popper, Hayek e Milton Friedman), acusava o Estado de prejudicar a liberdade dos cidadãos, bem como a competição (tidas como centrais para o alcance da prosperidade) (CHAUÍ, 1999). Foi, entretanto, a partir de 1973 que a reação neoliberal se intensifica, com o

²¹ Behring (2002) enfatiza, em seu estudo, que o próprio desenvolvimento do capitalismo acirra suas contradições, como a dificuldade da valorização dos capitais e a tendência para a queda da taxa de lucro, passando por momentos ora de expansão, ora de estagnação.

²² Possui como característica, entre outras, a responsabilidade do Estado na manutenção das condições de vida dos cidadãos (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

²³ O *Welfare State* consiste no ordenamento sócio-político que buscou conciliar o processo de acumulação e valoração do capital com a garantia de direitos sociais (NETTO, 2001).

início da crise do mundo capitalista avançado, o qual passava por uma grande recessão – baixas taxas de crescimento econômico e altas taxas de inflação (CHAUÍ, 1999) – culpando o Estado, os sindicatos e os movimentos sociais como causadores da crise (ANDERSON, 2003). A esse respeito, Chauí (1999) nos informa que Hayek, Friedman e Popper oferecem uma explicação, adequada aos interesses do capitalismo, para a crise. Definida a culpa – poder excessivo dos sindicatos e dos movimentos operários – e delineada as conseqüências – destruição dos níveis de lucro e inflação descontrolada – esses autores propõem um caminho para superação desse quadro:

1) **um Estado forte para quebrar o poder dos sindicatos e movimentos operários**, para controlar os dinheiros públicos e cortar drasticamente os encargos sociais e os investimentos na economia; 2) **um Estado cuja meta principal deveria ser a estabilidade monetária, contendo os gastos sociais e restaurando a taxa de desemprego** necessária para formar um exército industrial de reserva que quebrasse o poderio dos sindicatos; 3) **um Estado que realizasse uma reforma fiscal para incentivar os investimentos privados** e, portanto, que reduzisse os impostos sobre o capital e as fortunas, aumentando os impostos sobre a renda individual e, portanto, sobre o trabalho, o consumo e o comércio; 4) **um Estado que se afastasse da regulação da economia**, deixando que o próprio mercado, com sua racionalidade própria, operasse a desregulação; em outras palavras, abolição dos investimentos estatais na produção, abolição do controle estatal sobre o fluxo financeiro, drástica legislação antigreve e vasto programa de privatização (CHAUÍ, 1999, p. 28, grifo nosso).

Em resposta à crise, a ofensiva do capital e do Estado, buscando alcançar o nível de acumulação anterior, passa a desenvolver, além de um novo padrão de acumulação, baseado na desregulamentação e flexibilização do processo produtivo marcado pela precarização das condições de trabalho e emprego e no deterioramento da legislação trabalhista e do poder sindical, um novo projeto em ataque aos direitos sócio-políticos conquistados no período de mobilização popular e operária (DURIGUETTO, 2007). Tal projeto sustenta-se materialmente no processo de reestruturação produtiva acima citado.

Foi nesse cenário que, a partir da década de 1970, as políticas econômicas de grande parte do mundo passaram a ser orientadas pelas teses monetárias e neoliberais (SOARES, 2002). O modelo neoliberal prega ajustes no campo econômico, no campo político-institucional e no campo das relações sociais, passando a existir, portanto, um outro projeto de reintegração social baseado em

princípios perversos como: perda de identidade dos direitos sociais e restrição da concepção de cidadania; aprofundamento da separação entre público-privado, em que a reprodução está a cargo deste último, e na desproteção da força de trabalho (SOARES, 2002).

Em fins da década de 1980, os agentes financeiros da burguesia, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, elaboraram um modelo de interpretação e enfrentamento da crise, que deveria ser seguido pelos países periféricos (MOTA, 2005). Tais organismos internacionais recomendam reformas do Estado com racionalização de gastos na área social e fortalecimento do setor privado nos quesitos de bens e serviços coletivos (CORREIA, 2007).

Há um movimento de ajuste global na economia mundial, do qual fazem parte as políticas de ajustes, caracterizando um processo de rearranjo da hierarquia no âmbito das relações econômicas e das políticas internacionais (SOARES, 2002). O elemento motivador original do projeto neoliberal foi a necessidade de ajustar a economia de modo a favorecer a expansão do capital internacional e dar as condições para que o mercado fosse o organizador da vida em sociedade (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006).

A tese central defendida pelos neoliberais é a de que a coletividade obteria benefícios dos fatores produtivos somente com o funcionamento livre da economia, isto é, com o livre jogo das forças de mercado sem qualquer tipo de interferência, o que expressa os interesses econômicos e políticos dominantes do sistema capitalista (SOARES, 2002). Em geral, para os neoliberais, os fundamentos desse projeto social e a única alternativa para a democracia se assentam: a) no mercado, como instância central e capaz de regular as esferas da vida social; b) na diminuição da intervenção estatal na vida social (garantia de direitos) e na máxima intervenção na valorização do capital (DURIGUETTO, 2007).

Conforme mostra a autora, juntamente à revalorização e reconstituição do mercado como pilar orientador para garantir as condições de governabilidade, o ideário neoliberal difunde a reconstituição de valores inerentes a este projeto, como a

competição e o individualismo²⁴, para basearem a sociabilidade de modo a fragmentar e desestruturar os grupos organizativos, desativar os mecanismos de negociação de interesses coletivos, como os espaços públicos participativos e, em consequência, eliminar os direitos conquistados.

Anderson (2003) mostra que a proposta era a de ter um Estado mínimo para os gastos sociais e na intervenção econômica, porém um Estado forte para o mercado, com concessões fiscais à classe detentora do capital. Nesse sentido, para a manutenção da economia capitalista se exige “[...] cada vez mais a intervenção do Estado, seja para manter a acumulação de capital, seja para manter a ordem social, seja para exigir a submissão ou impor o aniquilamento das forças populares” (FALEIROS, 1995, p. 71). O protagonismo da sociedade civil no enfrentamento das expressões da questão social é requisitado em substituição a ação do Estado. Nesses termos neoliberais, a valorização da sociedade civil

[...] se insere como desdobramento do processo de reestruturação capitalista e do seu corolário, o neoliberalismo, que necessita modificar a forma de responder às refrações da “questão social”, desresponsabilizando o Estado e repassando esta tarefa para a sociedade civil através das “parcerias”, da disseminação de princípios de “auto ajuda” ou “ajuda mútua”, do voluntariado, do solidarismo e da filantropia (CORREIA, 2007, p. 17).

A contenção de gastos com bem-estar era elemento fundamental na disciplina fiscal para a estabilidade monetária; além disso, o desemprego e a desigualdade eram vistos como valores positivos necessários às sociedades ocidentais (ANDERSON, 2003). Até porque, acusava-se as políticas do *Welfare State* pela inflação (BEHRING, 2002). Assim, verificou-se um grande aumento do desemprego e da desigualdade a partir daquele momento nos países periféricos (ANDERSON, 2003; SOARES, 2002).

Cada país, com seus particulares desenvolvimentos históricos e pelo caráter da inserção internacional de suas economias, apresenta impactos, consequências e

²⁴ No plano teórico, as teorias da escolha racional e do individualismo metodológico darão suporte a esse argumento. Segundo Kerstenetzky (2007) a tradição individualista concebe a ordem social como o resultado de escolhas individuais racionais. Entre as principais características da teoria da escolha racional, encontra-se a premissa da racionalidade que entende que os indivíduos, ao agirem e interagirem, tentam, concomitantemente, maximizar a obtenção das suas preferências e minimizar os custos envolvidos (BAERT, 1997).

soluções para o enfrentamento da crise de forma diferenciada (SOARES, 2002). Entretanto, essa mesma autora lembra-nos que, nos países da América Latina, de maneira particular, ao lado dos diferentes contextos de implantação, apresentam semelhanças quanto ao receituário para a área econômica e social imposto pelo ajuste neoliberal, apresentando graves conseqüências advindas das decisões e imposições dos países que lideraram a adoção do modelo neoliberal.

Duriguetto (2007) explica que tal projeto possui uma visão minimalista de democracia, restringindo-a a instituições tradicionais da democracia representativa elitista²⁵. Assim, o modelo elitista caracteriza-se por uma concepção restrita acerca da democracia (elitismo democrático). Os ideólogos dessa tradição resumem a democracia a um método de escolha de líderes da elite pelo povo, em que a capacidade de governar e a ação política são de responsabilidade daqueles (DURIGUETTO, 2007). Neste contexto, os neoliberais difundem a apologia da concepção restrita da democracia política, em que, para a manutenção de uma dada ordem social, é preciso que a sociedade siga “as regras do jogo” postuladas pelo elitismo democrático. Há a defesa de uma sociedade organizada multigrupalmente, em que a liderança do processo democrático é exercida pela minoria composta pelas elites selecionadas numa multiplicidade de grupos de poder (DURIGUETTO, 2007).

Não podemos perder de vista que existe um projeto, em curso, com direção contrária ao neoliberalismo. De acordo com Dagnino, Olvera e Panfichi (2006), no Brasil, a partir da conjuntura das lutas pela redemocratização do país, desenvolveu-se, de uma forma mais aprofundada em relação aos demais países latino-americanos, o projeto democrático participativo, pelo viés da participação para se alcançar uma maior publicização do Estado, o qual deveria assegurar os direitos de cidadania. Originou-se do processo de luta contra o regime militar desencadeado por setores da sociedade civil. Organizados em lutas de resistência e movidos para a redemocratização do país e acesso aos serviços públicos, diversos foram os

²⁵ A teoria elitista é uma das teorias da democracia, e ela é difundida pelo projeto neoliberal. Para o conhecimento do debate acerca de democracia, recomendamos as leituras de Bobbio (2006), Coutinho (1992) e Oliveira e Paoli (1999).

movimentos atuantes nos anos subseqüentes, como movimentos populares urbanos e rurais, sindicais e movimento estudantil (GOHN, 2006)²⁶.

Os emergentes movimentos sociais do final da década de 1970 foram influenciados pelas matrizes discursivas decorrentes da revalorização do debate sobre a democracia pela esquerda intelectual; dos setores oriundos da Igreja Católica, especialmente da prática das Comunidades Eclesiais de Base, cuja organização se deu a partir da Teologia da Libertação e também com inserção intensa nas classes populares; e dos sindicalistas, com as suas experiências de conflitos no ambiente de trabalho (SILVA, 2003).

No final da década de 1970, a dinâmica de oposição e ruptura com o Estado autoritário iniciou-se com o surgimento dos movimentos popular e sindical, inserindo novos personagens em cena na reivindicação de seus direitos (SILVA, 2003; SADER, 1988). Tais movimentos constituíram os denominados “novos movimentos sociais”, que, unificados na luta por direitos sociais, reivindicavam o direito de participarem diretamente das decisões de seus interesses (SILVA, 2003).

A partir de 1977, o movimento sindical adquiriu uma nova roupagem e novas formas de organização na luta pela reconquista dos sindicatos que estavam sob domínio do governo militar. Colocava entre as reivindicações as questões salariais, a luta pela democratização do Estado e a liberdade de organização (ALVES, 1985; SILVA, 2003). Tais movimentos foram importantes não só no que tange às inovações na organização interna e na prática política, mas também para a criação das Centrais Sindicais, como a Central Única dos Trabalhadores (CUT), e para a criação do Partido dos Trabalhadores (PT) (SILVA, 2003).

Ao analisar a trajetória e o dinamismo dos movimentos sociais populares da região de São Paulo, nas décadas de 1970 e 1980, Sader (1988) identifica a inserção de novos personagens na cena histórica brasileira, como um novo sujeito social, histórico e coletivo. Sujeito coletivo entendido pelo autor “[...] no sentido de uma

²⁶ Para um conhecimento mais amplo das lutas de resistência e de busca pela democratização no país, no período, recomenda-se a leitura aprofundada de Gohn (2006), Alves (1985), Doimo (1995) e Sader (1988).

coletividade onde se elabora uma identidade e se organizam práticas através das quais seus membros pretendem defender seus interesses e expressar suas vontades, constituindo-se nessas lutas” (SADER, 1988, p. 55).

A filósofa Marilena Chauí (1988), ao comentar a obra de Sader (1988), explica que na definição acima, a novidade se refere a três âmbitos: a um novo sujeito, que é coletivo, aos lugares políticos novos (a experiência do cotidiano) e a uma nova prática de criação de direitos “[...] a partir da consciência de interesses e vontades próprias” (SADER, 1988, p. 12). Vê-se que esses sujeitos imprimiram um sentido novo ao cotidiano, ao passarem a reconhecer suas ações como lutas e resistências – encontra-se aqui a novidade (SADER, 1988).

A maior novidade que os novos movimentos sociais, surgidos naquela conjuntura, apresentaram foi o “[...] fato de se originarem *fora da esfera produtiva e dos canais convencionais de mediação política, em espaços fortemente marcados por carências referidas ao vertiginoso crescimento e crise do Estado capitalista*” (DOIMO, 1995, p. 50, grifo do autor). Contudo, Silva (2003, p. 33) salienta que “[...] embora se origine fora da esfera produtiva, mantém estreita relação com ela”. A autora utiliza como argumento o papel do Estado na viabilização das condições de acumulação do capital e da reprodução da força de trabalho, de modo que as “[...] carências são decorrentes de políticas estatais pouco voltadas para o atendimento dos interesses imediatos das classes populares e diretamente envolvidas com o processo de acumulação” (SILVA, 2003, p. 33).

Sobre a participação deflagrada naquele momento, Silva (2003, p. 43) observa que

[...] no interior das práticas políticas dos “novos movimentos sociais” a proposta de participação popular foi fecundada como sinônimo de autonomia, de realização da democracia, de reconhecimento de que os membros das classes populares podem ser “sujeitos de sua própria história” devendo, portanto, participar das decisões que lhes afetam.

Segundo a autora, nas décadas de 1970 e 1980, a noção de participação popular adquiriu grande significação, passando a conceber como experiência democrática a que é pautada “[...] por um processo com assegurada participação dos sujeitos políticos envolvidos” (SILVA, 2003, p. 44).

Desenhado nesta conjuntura de movimentação social e política, o projeto democratizante e participativo foi construído ao redor da expansão da cidadania, mediante a criação de espaços públicos que promoveriam uma crescente participação da sociedade civil nos processos de discussão e de tomada de decisão de políticas públicas (DAGNINO, 2004b).

A partir da criação e ampliação, na década de 1980, dos diferentes mecanismos de incentivo à participação da sociedade civil nas discussões e decisões sobre as políticas públicas brasileiras, iniciou-se uma nova relação entre Estado e sociedade civil no país (NEVES, 2007b).

A reforma democratizante do Estado brasileiro, almejada nesse contexto, previa instrumentos que fomentassem a participação da sociedade civil nos processos de debate, formulação, implementação e acompanhamento das políticas públicas. Para tanto, marco fundamental e central para a possibilidade de viabilização daquele processo, a Constituição Federal de 1988 reafirmou a importância dos instrumentos participativos para a democratização do Estado (NEVES, 2007b).

Os novos instrumentos de gestão surgidos nos anos de 1980 e 1990, “instrumentos de participação da sociedade civil na partilha do poder e nas decisões públicas com o Estado” (NEVES, 2007b, p. 128), possibilitam a construção de novas formas de governar, na qual a participação da sociedade civil é condição *sine qua non* de uma cultura democrática redefinidora da relação entre Estado e sociedade civil, consolidando espaços públicos (NEVES, 2007b). Assim, na formulação e implementação das políticas públicas brasileiras encontra-se preconizada a criação de espaços públicos de participação da sociedade civil nas decisões das políticas, bem como a busca de construir uma cultura política com novos direitos e cidadania (NEVES, 2007b). Entre as políticas públicas, a área da saúde é a que vem construindo avanços consideráveis.

O projeto democrático participativo tem como eixo central a concepção de aprofundamento e radicalização da democracia e defende a complementaridade

entre os modelos de democracia participativa²⁷ e deliberativa, que, para tanto, exige a participação da sociedade nos processos decisórios. Isso porque a extensão da participação da sociedade nos processos de formulação e decisão de políticas públicas contribui para o processo de democratização (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006).

A participação é entendida nesse projeto como “[...] o compartilhamento do poder decisório do Estado em relação às questões relativas ao interesse público, distinguindo-se, portanto, de uma concepção de participação que se limita à consulta à população” (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006, p. 48-49).

Nesse sentido, importância é dada à sociedade civil que é concebida de uma maneira ampla, inclusiva e na sua heterogeneidade. O papel a ser desempenhado por esta esfera é de “[...] assegurar o caráter público do Estado por meio da participação e do controle social [...] é nela que se daria o debate entre os interesses divergentes e a construção dos consensos provisórios que passam a configurar o interesse público” (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006, p. 51). Tais idéias foram elaboradas e difundidas pelos setores que compunham as mobilizações populares a partir dos anos de 1980 no país, tais como movimentos e organizações sociais, sindicatos e partidos políticos.

A construção de espaços públicos tem um papel fundamental no projeto democrático participativo, tais espaços são vistos como forma de ampliar o debate público entre interesses divergentes e a sua negociação pública, permitindo a publicização do conflito, da discussão e deliberação (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006). Assim, tal projeto defende a cidadania como o direito a ter direitos com a noção de constituição de novos sujeitos políticos e novos temas.

Os atores orientados pela perspectiva democrática participativa conseguiram algumas conquistas nos anos de 1980 no país. Assim, de acordo com Behring e

²⁷ Duriguetto (2007) mostra que, para os representantes participacionistas, a influência dos sujeitos coletivos sobre o aparato estatal, mediante demandas e controle, é o elemento para o qual a dinâmica democrática se centra. E ainda defendem que, num contexto de complexidade da vida social, deve-se estender tais instâncias nas instituições representativas ao nível nacional e local para viabilizar as práticas sócio-políticas dos indivíduos.

Boschetti (2007), aquela década foi marcada por conquistas democráticas, mediante lutas sociais contra-hegemônicas do movimento operário e popular, atores políticos que foram fundamentais para o processo democrático que estava em curso no país desde meados dos anos de 1970 e que viam na Constituição de 1988 uma possibilidade de mudança nas suas condições de vida. Articulações foram realizadas entre movimentos sociais, personalidades e partidos políticos, formando a Articulação Nacional de Entidades pela Mobilização Popular na Constituinte. Esta constituiu em uma arena de disputas de projetos diferenciados, tendo absorvido alguns elementos defendidos pelo movimento social em prol da democracia, tais como a afirmação dos direitos sociais e a reafirmação das liberdades democráticas e direitos trabalhistas. Desse movimento surgiram alguns avanços democratizantes no âmbito da proteção social brasileira e que foram inscritos na Constituição de 1988, como a introdução do conceito de seguridade social (previdência, assistência social e saúde), o reconhecimento da autonomia dos municípios e o controle social exercido pela população sobre a ação do Estado, mediante os conselhos gestores de políticas e de direitos (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

De acordo com a análise dessas autoras, o processo de redemocratização possuía um conteúdo reformista, uma vez que se direcionava a construir, na Constituição de 1988, princípios para a formulação de políticas públicas baseadas na universalização, responsabilidade pública e gestão democrática. Nesse sentido, Dagnino (2004b) considera que o projeto democrático participativo teve como marco formal no Brasil a Constituição de 1988, a qual reconheceu a importância de mecanismos de democracia direta e participativa.

Contudo, a década de 1980 também foi marcada por crises no âmbito econômico, diante do agravamento da dívida externa e altos processos inflacionários, promovendo impactos perversos nos serviços sociais públicos (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). Como mostram as autoras, no final da referida década, já estavam também em curso orientações de uma agenda política em uma direção contrária à apontada pelo projeto democrático participativo: a do projeto neoliberal. Assim, elas pontuam que os últimos anos da década de 1980 e o início dos anos de 1990 representavam, contraditoriamente, possibilidades de aprofundamento da

democracia política e econômica, por um lado, e tendências regressivas e conservadoras, presentes na sociedade brasileira.

Nesse sentido, o Brasil adentra a década de 1990 “[...] de um ponto de vista econômico, um país derruído pela inflação [...] e que será o fermento para a possibilidade histórica da hegemonia neoliberal [...]” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 140). Logo, a inserção no processo de reestruturação e de ajustes deu-se na virada dos anos de 1990, cujas razões referiam-se ao agravamento da crise econômica, bem como ao esgotamento do Estado desenvolvimentista brasileiro (SOARES, 2002). A explicação dada pelos neoliberais à crise econômica e social pela qual passava o país foi a de que o Estado era o seu grande causador, devido à ineficiência do mesmo. Logo, durante toda a última década do século passado até os dias atuais um movimento em torno de “reformas” orientadas para o mercado foi desenvolvido (BEHRING, 2003)²⁸. No discurso neoliberal, a superação de tal crise dar-se-ia através da disciplina fiscal, privatização e liberalização comercial.

De acordo com Soares (2002), as propostas do projeto neoliberal brasileiro compreendem: a) desregulamentação da economia, com a eliminação da regulação do Estado na economia e nas relações capital-trabalho e configuração do livre jogo do mercado; b) privatizações²⁹, retirando, assim, o Estado como agente econômico produtivo e empresarial e propiciando a diminuição do setor público e os rearranjos do aparelho estatal; c) liberalização do comércio exterior, no intuito de tornar a economia mais internacionalizada.

Essa mesma autora traz em sua discussão as críticas às medidas neoliberais mostrando que elas vieram acompanhadas de graves conseqüências sociais,

²⁸ No livro de Elaine Rossetti Behring “Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos” (2003), temos a oportunidade de conhecer os argumentos dominantes e as medidas sugeridas e tomadas pelos formuladores e gestores da “reforma” do Estado brasileiro na década de 1990, que, na análise crítica da autora, o projeto, ainda em curso, consiste, na verdade, em contra-reforma conservadora e regressiva.

²⁹ A privatização dos serviços e o incentivo dado aos empreendimentos privados expressam o processo de aliança entre Estado e empresa privada, em que aquele “[...] realiza suas políticas por uma série de intermediários, numa simbiose entre o público e o privado, como a associação direta às multinacionais, seja pela compra e controle da tecnologia empregada, seja pelo controle direto da propriedade das empresas sociais” (FALEIROS, 1995, p. 61).

políticas e econômicas, tais como: intensificação da desigualdade social e da pobreza, desemprego, diminuição dos direitos sociais, baixos salários, entre outras.

Já no início dos anos de 1990, iniciou-se um plano de estabilização e de reforma econômica, mostrando o caminho assumido pelo país após as eleições presidenciais no último ano da década anterior. O processo de ajuste brasileiro foi intensificado a partir de meados da década de 1990, com a implementação do Plano Real, tendo como objetivo central a retomada do crescimento (SOARES, 2002). É nesse momento que foi arquitetado o Plano Diretor da Reforma do Estado, sendo Bresser Pereira um de seus principais ideólogos. Este plano propunha a reconstrução do Estado; este manteria seus compromissos, porém se voltaria para o mercado, do qual contrataria serviços. A alternativa proposta por Bresser Pereira passava por reformas econômicas que resolvessem a crise fiscal orientadas para o mercado, com misto de coordenação pelo mercado e pelo Estado. Tais reformas permitiriam ao Estado recuperar sua capacidade de intervenção, planejamento e implementação de políticas públicas (BRESSER PEREIRA, 1996).

Em síntese, a implementação dos princípios orientadores democráticos e dos avanços constitucionais e de seus correspondentes direitos encontrou obstáculos frente às condições políticas e econômicas dos anos de 1990 (BEHRING; BOSCHETTI, 2007; BEHRING, 2003). Isso porque, conforme Behring (2003) denomina, até os tempos atuais, presenciamos uma Contra-Reforma do Estado, estruturada num projeto de reconstrução do Estado voltado para o mercado, impedindo a concretização das reformas e avanços anunciados na Constituição de 1988, que incluiria o desenvolvimento de um Estado Social (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). Conforme Behring (2003) nos mostra, o *locus* de execução da política social se concentraria no âmbito privado, por meio de contratação de serviços.

Nesse contexto, para pensarmos os espaços públicos e as implicações que a adoção do modelo neoliberal trouxe, e continua trazendo, para o campo das políticas sociais, é necessário problematizarmos o debate em torno do conceito de política social e a configuração dos espaços públicos no país.

2.1 A POLÍTICA SOCIAL E A CONFIGURAÇÃO DE ESPAÇOS PÚBLICOS

A política social, na perspectiva marxista, é um espaço de lutas sociais e de classes e representa uma totalidade social por envolver mecanismos de articulação de processos políticos, econômicos e sociais. É caracterizada por uma relação envolvendo “[...] ao menos três sujeitos protagônicos: as *classes hegemônicas*, o *Estado intermediador* e hegemônico pelas classes dominantes e as *classes trabalhadoras e subalternas* como beneficiários das políticas sociais [...]” (PASTORINI, 1997, p. 86, grifo do autor), marcadas, portanto, por uma relação conflituosa entre os sujeitos envolvidos.

Nesse sentido, Behring (2002) considera que o entendimento da política social requer inseri-la historicamente na relação dos processos em uma totalidade, referente tanto a sua inserção no mundo do capital quanto à luta de interesses dos sujeitos. É, portanto, para qualquer analista, um desafio não incorrer em uma perspectiva reducionista, restringindo o processo a apenas a um desses aspectos. A política social é concebida pela autora como uma síntese de múltiplas determinações, e como tal não deve ser tratada com nenhum tipo de reducionismo. É uma armadilha da qual tentaremos escapar.

A reflexão em torno da política social requer pensá-la como não dissociada da política econômica (e vice-versa), pois essas políticas, segundo Vieira (2004), vinculam-se à acumulação do capital, ou seja, estão relacionadas à evolução do sistema capitalista. Assim, a ação do Estado no sentido de impulsionar ou contribuir para a expansão desse sistema pode ser visualizada através daquelas políticas (VIEIRA, 2004). Entretanto, a política social está ligada também às reivindicações dos trabalhadores e populares, não significando, porém, que todas as reivindicações são assumidas pelo Estado.

A política social, contraditoriamente, articula as pressões dos movimentos sociais e reproduz a relação capitalista de produção, valorizando o capital e reproduzindo a força de trabalho como mercadoria. Atua para manutenção da ordem social dominante (FALEIROS, 1995). Conclui esse autor que a política social

Trata-se de um campo que se define historicamente pela correlação de forças, e não de um campo abstrato ou de um instrumento rígido. É no confronto, na luta, que surgem as alternativas possíveis de política social, num equilíbrio instável de compromissos entre as *forças* presentes e os *interesses* em jogo (FALEIROS, 1995, p. 71, grifo do autor).

Isso porque a política social surgiu como um componente da estratégia global anticrise do capital e da estratégia política por busca da legitimação e controle dos trabalhadores (BEHRING, 2002). O Estado iniciou sua intervenção na dinâmica social de uma maneira sistemática no estágio do monopólio do capitalismo³⁰, especificamente após 1929, com o objetivo de assegurar os superlucros dos grupos monopolistas³¹. Com a intensificação da organização das lutas do proletariado naquele período, coube também ao Estado exercer uma função política, o da legitimação com a incorporação de outros sujeitos sócio-políticos (NETTO, 2005)³². Assim, a política social exerce funções econômicas e políticas. Aquela presença sistemática do Estado, para Behring (2002, p. 36), foi “[...] demandada pela crise geral do capitalismo e pela crescente agudização da luta de classes”.

Netto (2005) considera que a capacidade de mobilização e organização da classe dos trabalhadores é fundamental para a construção das políticas sociais. Porém, ele nos lembra que

[...] a dinâmica das políticas sociais está longe de esgotar-se numa tensão bipolar – segmentos da sociedade demandantes/Estado burguês no capitalismo monopolista. De fato, **elas são resultantes extremamente complexas de um complicado jogo em que protagonistas e demandas estão atravessados por contradições, confronto e conflitos** (NETTO, 2005, p. 33, grifo nosso).

³⁰ A partir das últimas décadas do século XIX deu-se início a passagem do capitalismo concorrencial para o capitalismo dos monopólios, o qual tinha por finalidade o aumento dos lucros capitalistas por meio do controle dos mercados (NETTO, 2005). Este estágio acentua o sistema totalizante de contradições “[...] que confere à ordem burguesa os seus traços brasileiros de exploração, alienação e transitoriedade histórica [...]” (NETTO, 2001, p. 19).

³¹ Netto (2005) mostra que várias são as funções do Estado no nível econômico, como: empresário dos setores não rentáveis, construção de complexos com fundos públicos a serem utilizados pelos monopólios, subsídios a estes grupos etc.

³² Duriguetto (2007) analisa que, na fase monopolística do capitalismo, o aparato estatal passou a articular suas funções econômicas (intervenção tanto no financiamento quanto na regulação do crescimento econômico orientado à obtenção dos superlucros dos monopólios) com suas novas funções políticas (alargamento de sua base de sustentação sócio-política mediante incorporação de direitos políticos e sociais), a fim de alcançar legitimidade política e social.

No contexto de hegemonia³³ neoliberal, as medidas tomadas em tal modelo se referem a políticas liberalizantes, privatizantes e de mercado, com enfoque para a redução do gasto público, restrições na política monetária no combate à inflação, maximização do mercado, concentração de investimentos no setor privado, dentre outras propostas de curto e médio prazo do ajuste estrutural (SOARES, 2002).

Correia (2007) analisa que o Banco Mundial, instituição ligada ao capital, instrui os governos a priorizar os segmentos mais vulneráveis com políticas públicas focalistas, visando à eficácia e equidade dos gastos sociais em detrimento do caráter universal das mesmas. A autora identifica, em meio à contra-reforma do Estado, a tendência das políticas sociais

[...] à focalização, em que os gastos sociais são dirigidos aos setores de extrema pobreza; à descentralização da gestão da esfera federal para estados e municípios, sem a contrapartida de recursos necessários a esse processo, e com a participação na esfera local de organizações não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas; à privatização, com deslocamento de prestação de bens e serviços públicos para o setor privado, que é regido pelo mercado (CORREIA, 2007, p. 18).

Como resultado de tais medidas, presencia-se uma precarização das políticas sociais de cunho universalista e a elaboração de programas sociais emergenciais e focalizados que não equacionaram o problema da desigualdade social e da pobreza, pelo contrário, houve um agravamento das condições sociais (SOARES, 2002)³⁴.

Dado o início, a partir dos anos de 1990, da Contra-Reforma do Estado brasileiro, as políticas sociais passaram a ser enfocadas para o âmbito privado (BEHRING, 2003), estando formatadas na “[...] **tensão** entre as conquistas constitucionais asseguradas pelo forte movimento social da redemocratização e a contra-reforma neoliberal [...]” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 143, grifo nosso), e restringidas em ações pontuais e compensatórias. Dessa forma, verifica-se uma transferência de

³³ Por hegemonia nos apropriamos da idéia gramsciana para entendê-la como a direção política e intelectual exercida por uma classe (COUTINHO, 2003). No Brasil, como destacado por vários autores, entre eles Duriguetto (2007), a dinâmica sócio-política na contemporaneidade está hegemonizada pelos pensamentos neoliberais, sendo estes defendidos na sociedade. Contudo, não podemos perder de vista que ainda existe em nossa sociedade o projeto político democrático participativo (contra-hegemônico) que visa, ao contrário daquele, à ampliação dos direitos sociais.

³⁴ A reprodução da desigualdade social no Brasil intensifica-se cada vez mais. No início deste século, permanece a distorção da distribuição de renda entre ricos e pobres: os 20% mais pobres ficam com somente 2,5% da riqueza produzida e os 20% mais ricos com 63,4% (BOSCHETTI, 2004).

responsabilidades das funções do Estado para a sociedade civil, e uma separação entre formulação e execução, reduzindo as pressões em torno das políticas em questões técnicas, influenciando, dessa forma, na relação entre a formulação de políticas públicas e a consolidação democrática (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

Essas autoras, ao problematizarem a política social e a difícil coexistência entre a universalidade e a hegemonia neoliberal, mostram-nos que a perspectiva de se construir no Brasil um padrão público de proteção social de caráter efetivamente universal, a partir da Constituição Federal de 1988, não se concluiu nos anos subseqüentes, uma vez que o projeto político hegemônico consolidado foi o de orientações neoliberais, influenciando a implementação das políticas que formam a Seguridade Social (previdência, assistência social e saúde), pelo viés da seletividade e privatização. O discurso neoliberal:

[...] tenta aqui a espantosa façanha de conferir título de modernidade ao que há de mais atrasado na sociedade brasileira, um privatismo selvagem que faz do interesse privado a medida de todas as coisas que nega a alteridade e obstrui por isso mesmo a dimensão ética da vida social pela recusa de um sentido de responsabilidade e obrigação social (TELLES, 2004, p. 97).

Diante disso, no contexto atual de agravamento das contradições do capitalismo, a “[...] política social está no centro do embate econômico e político [...] como uma estratégia econômica e também política” (BEHRING, 2002, p.173).

Na confluência desse processo contraditório de avanços e retrocessos é que se configuraram ao longo das décadas de 1980 e 1990 os espaços públicos.

Na elaboração da Constituição de 1988 foi incorporada a necessidade da sociedade em participar dos processos de discussão, elaboração, implementação e acompanhamento das políticas sociais através de espaços participativos. Os movimentos sociais e organizações da sociedade civil, em suas lutas por novos direitos, no marco dos anos de 1980, no processo de transição política brasileira, defendiam a existência de espaços da sociedade que articulassem o debate/discurso e a deliberação. Espaços esses que permitissem e dessem voz

[...] **a novos atores e temas; que não são monopolizadas por algum ator social ou político ou pelo próprio Estado, mas são heterogêneos, ou seja, refletem a pluralidade social e política;** que, portanto, visibilizam o conflito, oferecendo condições para tratá-lo de maneira tal que se reconheçam os interesses e opiniões na sua diversidade; e nas quais haja uma tendência à igualdade de recursos dos participantes em termos de informação, conhecimento e poder (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006, p. 23-24, grifo nosso).

As práticas de representação e interlocução públicas, emergidas com o movimento social de atores diversos, passaram a ser inscritas numa institucionalidade aberta aos espaços de interlocução e negociação, que deveriam projetar os direitos como parâmetros públicos (TELLES, 2006).

De acordo com Telles (2004), os espaços públicos situam-se no terreno de conflitos. A autora, enfocando a construção de uma noção plural de bem público, afirma que esta pode ser formada na dinâmica da sociedade civil emergente no sentido de invenção histórica e política, que, para tanto,

[...] depende de **espaços públicos democráticos** nos quais **a pluralidade das opiniões se expressa**, nos quais **os conflitos ganham visibilidade** e as diferenças se representam nas razões que constroem os critérios de validade e legitimidade dos interesses e aspirações defendidos como direitos. Sempre sujeita a interpretações diversas, escapando de definições substantivas e acabadas, mas tendo como suposto e princípio o reconhecimento recíproco de direitos, estabelece uma medida comum que permite, por entre as diferenças e assimetrias de posições, algo como uma dicção comum (mas não idêntica), **a troca regrada de opiniões e as normas pactuadas do conflito**" (TELLES, 2004, p. 101-102, grifo nosso).

Dagnino, Olvera e Panfichi (2006) consideram que, no processo de construção da democracia, a categoria de espaço público possibilita entender que o exercício da deliberação, quando realizado em condições adequadas, possibilita a ampliação da esfera pública, permite inovações democráticas e possibilidades de encontros entre sociedade civil e Estado, inexistentes em períodos anteriores.

2.2 ESPAÇOS PÚBLICOS: O DEBATE CONCEITUAL

Como já destacado, os espaços públicos construídos na conjuntura de movimentação ampla e multifacetada de difusão da noção do direito a ter direitos, que atravessa os anos de 1980, constituem-se em experiências, até então, inéditas

no país, momento em que a cidadania é buscada como luta e conquista, exigindo-se a participação efetiva da sociedade para os processos de negociação e o reconhecimento dos diversos interesses envolvidos (TELLES, 2006). Entretanto, é preciso lembrar que os movimentos sociais enfrentam limites e dificuldades, seja na constituição, seja na operacionalização de suas ações e lutas num cenário cujos interesses e projetos privatistas eram (e ainda são) hegemônicos (NEVES, 2007ab).

No Brasil, a temática do espaço público foi historicamente debatida por textos clássicos a partir de sua inexistência, e foi a partir dos anos de 1980 que foi inserida no debate a convicção de que deveria haver um processo de construção de um espaço público (COSTA, 1999).

A diferenciação conceitual de espaço público é discutida por Lavallo (2001) entre dois momentos no Brasil: nas primeiras décadas do século XX, a concepção predominante centrava na dimensão da vida pública “[...] como veículo de um privatismo pertinaz, como expressão de um *ethos* público pré-moderno” (LAVALLE, 2001, p. 2); já nos últimos anos daquele mesmo século, houve uma redefinição do tema da vida e espaço público pelo debate acadêmico que, diferentemente daquele momento anterior, referia-se à emergência de uma nova sociedade civil, entendida como manifestação do associativismo, sendo capaz de aprimorar a democracia e ampliar o próprio espaço público.

Há diversidade de campos semânticos e problemas disciplinares que perpassam a categoria “público”, e não há um consenso quanto ao conceito de espaço público moderno visto que existem controvérsias nas suas conceituações (LAVALLE, 2001). Assim, ao reconhecer a existência de uma diversidade conceitual quanto à configuração de espaços públicos modernos, este autor mostra que, no plano internacional, o debate nas últimas décadas foca e se multiplica na análise das tendências de redefinição dos limites ou relações entre público e privado. Diferentemente dos primeiros trabalhos acerca desta temática, para ele, a atualidade exige um debate mais imediatista e mais ideológico, face à conjuntura política das transformações que vêm sendo operadas:

[...] à compreensão e crítica estrutural do espaço público moderno antepõe-se ora a defesa de suas fronteiras diante da privatização, ora a elucidação

da caducidade de suas feições históricas adquiridas após a segunda grande guerra, ora a elaboração de um programa alternativo para a reapropriação do público por parte da sociedade civil – tudo isso a partir de agendas políticas e âmbitos disciplinares bastante diversos (LAVALLE, 2001, p. 18).

Visualiza uma certa ironia o fato de a polêmica sobre os traços que compõem o espaço público moderno ser recente diante de um período “[...] tão breve com tamanhas mudanças; é como se o objeto de reflexão fosse declarado em ‘vias de extinção’ antes de se atingir seu cabal entendimento” (LAVALLE, 2001, p. 18). O autor, ao transportar suas reflexões para os países latino-americanos (como o Brasil), afirma que essa idéia é notória devido a maioria dos países estarem passando pelo dilema de terem que explicar como, segundo suas palavras, aquilo que não era (o espaço público moderno) está deixando de ser em face das tendências de privatização dominantes nos últimos anos. Para ele, a história do pensamento político-social é marcada pela inadequação entre o conceito e a realidade, e quanto à configuração do espaço público no país as tensões entre essas dissonâncias se fazem presente conferindo-lhe um *status* de algo que poderia ter sido, mas que não foi ainda.

Segundo Lavallo (2005), o espaço público é produto da confluência de diferentes dimensões, a saber: a) A dimensão da vida pública, ou componente social, ligada às instituições civis da vida pública, ao estágio de desenvolvimento e à especificação da sociedade civil e às regras de civilidade para o convívio social. Essas são forças com capacidade de incidir sobre o controle “[...] daquelas áreas de aproveitamento recíproco e convivência que geram vínculo de associação ou de sociabilidade” (LAVALLE, 2005, p. 22). Destaque é dado pelo autor à densidade societária, já que ela influenciará nos processos de institucionalização e reconhecimento político de interesses que demandam a diversidade de níveis que compõem a ordem pública. b) A dimensão política, que se expressa no arcabouço de instituições responsáveis no processamento, implementação e no respaldo das decisões políticas, para universalizar os interesses e garantir a sua obrigatoriedade pelo conjunto da sociedade. c) A dimensão de processos comunicativos, que, segundo o autor, determina e confere uma realidade como pública.

Para Lavallo (2005), no espaço público, transitam e articulam-se interesses sociais, condições de institucionalização política e expedientes de intermediação comunicativa. Pela ótica do autor, a compreensão do espaço público requer a consideração deste conjunto de dimensões (LAVALLE, 2005).

Propondo-se a discorrer sobre as diferentes compreensões de espaço público, Costa (1999) mostra-nos que a análise dos processos sociais decorridos na democratização não deve ficar restrita à esfera institucional, isso porque são nas interfaces das relações entre o Estado, as instituições políticas e a sociedade que se localiza o movimento de construção da democracia. Para tanto, se faz necessário contemplar as relações sociais e a cultura política gestadas para apreender as mudanças. Por isso, ao estudar a forma com que vem sendo utilizado o conceito de espaço público no Brasil, o autor mostra que os diferentes sentidos assumidos remetem a diferentes interpretações acerca do que seja a democracia e o processo de democratização, já que o trânsito pela categoria de espaço público, assim como a de sociedade civil, permite a identificação dos diferentes atores surgidos no processo de democratização e a conhecer a forma com que se relacionavam com o Estado e as instituições.

Costa (1999) considera que, no pensamento contemporâneo, existem quatro concepções de espaço público, a saber:

a) Modelo de sociedade de massa – Este diz respeito ao espaço controlado pelos meios de comunicação de massa. Nesse sentido, formata-se uma imagem de um público atomizado e disperso, transformado de produtores críticos da cultura em consumidores passivos da mídia.

b) Modelo pluralista – Neste modelo, é o espaço de disputas por visibilidade e influência entre os atores coletivos, os quais são analisados nessa perspectiva sem nenhuma distinção entre atores ligados à sociedade civil e atores vinculados aos interesses econômicos específicos. Nessa visão, tais atores, indistintamente, tentam instrumentalizar o espaço público para obterem os seus interesses particulares, conferindo o papel da política: reunir e garantir a implementação desses interesses

junto ao Estado, o qual é concebido como aparato administrativo voltado aos cidadãos reunidos em suas associações.

c) Modelo republicano – O espaço público é concebido como uma arena da auto-organização da sociedade como comunidade política de iguais, não representando, assim, um campo de disputa por posições de poder. Nessa perspectiva não há diferenciação entre planos da vida social e da vida política, em que a sociedade deve lutar para resgatar e manter sempre o Estado como uma continuidade de si própria.

d) Modelo discursivo – Neste modelo, dialogando criticamente com as outras três concepções, dentro da formulação habermasiana, emerge uma imagem de espaço público para onde se dirigem tanto as visões de mundo e reivindicações gestadas no mundo da vida, em relações comunicativas ao entendimento, quanto se verifica as iniciativas dos atores ligados à esfera econômica e política em tentar concretizar seus interesses particularistas. Nesse sentido, a concepção discursiva considera que há distinções de inserção e ação no espaço público, sendo necessário diferenciar os atores que permeiam esse espaço: os atores ligados à sociedade civil trazem para o debate situações-problema do mundo da vida relacionadas ao conjunto da sociedade, buscando a inclusão de grupos e temas minoritários; já os atores vinculados aos campos da economia e da política tentam conquistar novos consumidores ou o apoio das massas, fazendo um uso publicitário do espaço público. Além disso, preconiza-se, nessa orientação de espaço público, que o poder de influência da sociedade civil deve chegar ao Estado mediante a mediação dos processos institucionais de formação de opinião e da vontade, ou seja, a esfera que possui competências de ordens funcionais e políticas pautadas pelo direito e pela lei.

Para Costa (1999), frente às transformações ocorridas na esfera pública brasileira a partir da década de 1980, o modelo das sociedades de massas não é adequado, já que para ele presencia-se no período um processo de construção efetivo de espaço público no país, absorvendo e processando os temas trazidos pelos atores da sociedade civil, e, ao mesmo tempo, em que alguns traços de desenvolvimento na mídia brasileira, como o estilo investigativo de jornalismo, tornam também os meios de comunicação atores importantes na configuração e construção do espaço público

no Brasil. Pontua que a perspectiva republicana também carrega riscos e problemas por permitir o incentivo à estatização da ação coletiva. Quanto à abordagem pluralista, o autor observa que ela perde de vista a natureza e as formas de ação diferenciada entre os grupos corporativos e os movimentos sociais e associações voluntárias, uma vez que estas introduzem temas na agenda política e permitem a ampliação do espaço público brasileiro. Assim, o autor considera que os movimentos sociais e outros atores da sociedade civil

[...] apresentam perfis organizativos próprios, uma inserção específica na tessitura social e articulações particulares com o arcabouço político-institucional. Há que se reconhecer, por isso, que as contribuições democratizantes [daqueles grupos] não podem ser enxergadas unicamente a partir das instâncias institucionais. Suas possibilidades residem precisamente em seu “enraizamento” em esferas sociais que são, do ponto de vista institucional, pré-políticas e é no nível de tais órbitas e da articulação que os movimentos estabelecem entre estas e as arenas institucionais que podem emergir os impulsos mais promissores para a construção da democracia (COSTA, 1999, sp).

Costa (1999) alerta para que os mecanismos participativos se atentem para não deixar as organizações reféns de uma institucionalização imobilizadora e às tentativas de cooptação política, mas que possam assegurar o caráter autônomo de sua constituição e operação.

O campo conceitual do espaço público possui um caráter complexo e multidimensional por ser marcado pela ambigüidade de seus significados atribuídos pelas diferentes interpretações. Lavallo (2001) elenca, diante da complexidade de se definir espaço público, os problemas mais evidentes desta categoria: representações de interesses gerais; controle social do poder; acesso irrestrito ou aberto a instâncias, lugares e fluxos; processos de comunicação socialmente relevantes, determinação democrática de fins coletivos, criação e expansão de direitos; institucionalização de benefícios; organização da sociedade por vias endógenas etc.

A referência recorrente na literatura acerca dos espaços públicos é a de Jürgen Habermas, a qual se proliferou ao nível internacional e nacional, principalmente a partir das duas últimas décadas do século XX em torno do debate da nova

sociedade civil³⁵. Entretanto, por mais que haja forte influência, o conceito habermesiano é alvo de críticas de diferentes autores, que irão apontar seus limites. Dagnino, Olvera e Panfichi (2006) afirmam que o enfoque dado por Habermas destaca o caráter defensivo da categoria de espaço público, não contemplando o potencial ofensivo do mesmo, o que, nesses termos, “[...] não articula de modo efetivo a razão e a vontade, pois deixa as decisões nas mãos dos políticos” (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006, p. 24). Como modo de superar tal conceito, os autores entendem o espaço público como *lócus* atravessado pelo debate/discussão e deliberação, sendo preciso

[...] **passar do discurso à deliberação, isto é, ao debate que chega a decisões**, através de foros públicos e mecanismos de prestação de contas. Esses estariam **conectados com o Estado** por meio de diversos mecanismos institucionais e legais que lhes abririam capacidades de implementação de políticas públicas [...] (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006, p. 24, grifo nosso).

Assim, enfatizamos que o conceito de espaço público adotado neste estudo será o dos autores supracitados.

Um dos grandes entraves enfrentados pelos espaços públicos refere-se à busca em esvaziar, desmobilizar e despolitizar as forças da classe dominada para que os conflitos fossem controlados e institucionalizados (FALEIROS, 1995). Tal processo de desmobilização começou a ser verificado nos anos de 1990 no Brasil, dada a consolidação do projeto neoliberal de forma hegemônica.

Tal projeto, temendo que as conquistas constitucionais fossem efetivamente implementadas na sociedade brasileira, pôs em movimento mecanismos que obstaculizaram a politização da sociedade civil. Isso vem se dando com a utilização e mudança de sentido dos termos utilizados pelo projeto contra-hegemônico (democrático participativo). Nesse contexto, cidadãos são transformados em clientes; em conseqüência, a cidadania passa por uma diluição da idéia de direitos sociais, sendo conectada ao mercado, isto é, conferida aos que integram o mercado. A noção de participação é reduzida a um formato instrumental, subsidiada pela

³⁵ Cabe aqui deixar claro que este estudo não se orienta pela perspectiva habermasiana de espaço público.

perspectiva privatista e individualista. Nesses termos, a sociedade civil fica excluída dos processos decisórios das políticas, cabendo a ela desempenhar as funções de compensar as ausências do Estado na implementação de políticas sociais e disponibilizar organizações que executem eficientemente as políticas públicas dirigidas às demandas sociais (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006), verificando, ainda, que os processos de participação também sofrem mudanças nesse percurso.

Assim, se é possível que a participação da sociedade civil seja entendida, de um lado, como possibilidade na construção da democracia, na medida em que ocorre a partilha do poder de decisão entre o Estado e a sociedade, associada ao projeto democratizador, à capacidade de negociação e ao controle democrático sobre o Estado, de outro, existe a possibilidade de se ver aí um limite à construção da democracia e dos espaços públicos, tendo-se em mente que o incentivo do Estado pode representar a transferência de suas responsabilidades à sociedade e o total apoio a matrizes liberais e de caráter privado no trato das questões públicas (NEVES, 2007b, p. 131).

Por exemplo, uma problemática apontada e problematizada por vários autores é a redução da sociedade civil em terceiro setor³⁶, que exclui o caráter conflitivo, contraditório da sociedade civil, concebendo esta como um espaço virtuoso. Verifica-se também com esta redução uma transferência de responsabilidades do Estado para a sociedade civil. Logo, a concepção de sociedade civil reduzida a terceiro setor, difundida pelo projeto neoliberal, provoca um processo despolitizante, pois não considera a sociedade civil como um espaço de tensão, de conflitos, de disputa entre interesses e projetos de classes (ALMEIDA, 2004).

O neoliberalismo vem afetando a construção da cidadania, pois coloca em risco a participação efetiva da sociedade nas definições políticas, não incentiva a ampliação e criação de direitos sociais. Assim, a construção de cidadania ampliada, noção definida pelos movimentos sociais na década de 1980 na América Latina e no Brasil (DAGNINO, 2000), encontra obstáculos num cenário em que se impõe a redução do Estado no campo social.

Martins (2005) descreve um crescente processo de despolitização que tem comprometido o alcance de um regime efetivamente democrático no Brasil.

³⁶ O Terceiro Setor é formado pelas Organizações Não-Governamentais (ONGs), fundações empresariais e organizações não lucrativas, caracterizando-se como entidades empresariais, não-governamental, não-lucrativa e de associação voluntária (ALMEIDA, 2004).

Considera que o regime vigente promove um absentéismo político e ideológico na sociedade, havendo uma terceirização da participação, sendo criadas, até mesmo, organizações com especialidade em terceirizar a própria consciência política. Expõe ainda que o processo decisório governamental compõe-se por profissionais indicados, e que muitas vezes não estão comprometidos com projetos participativos. Questiona a atuação vegetativa dos sindicatos, que passam por uma crise de militância, restringindo suas ações às campanhas de filiação. Inclui também em sua análise uma crítica aos movimentos sociais, que estão passando por uma espécie de refluxo de vitalidade e representatividade. Critica ainda o sistema partidário, cujos partidos não estão exercendo suas funções amplas, e muitos deles não abrigam um corpo de militantes, sendo compostos pela elite de dirigentes e bancadas parlamentares, prevalecendo, nesses casos, os interesses particulares.

É diante deste contexto de despolitização que os espaços públicos (que requerem atores sociais ativos, reflexivos, propositivos e questionadores) são afetados, pois não há um incentivo à participação da sociedade nas decisões políticas, pelo contrário, há uma promoção do absentéismo político e ideológico, provocando, assim, a concentração da tomada de decisões (MARTINS, 2005). E com este comprometimento desses espaços, no contexto de hegemonia neoliberal, a criação de novos direitos e a efetivação dos direitos constitucionais também estão em tensão.

Segundo Neves (2007b), quando existe uma forte prática clientelista e excessiva ênfase na gestão e na técnica em detrimento da política, ocorre um sério risco de a participação ser despolitizada no enfrentamento das políticas locais. Nesse sentido, a autora convida-nos a refletir qual a relação entre gestão/política, no contexto neoliberal, no interior das instituições democráticas,

Porque senão os espaços públicos participativos, enquanto uma inovação democrática, tornar-se-ão mais um programa de retórica na medida em que a política estará se subordinando à técnica e à gerência governamental negando e anulando o poder de decisão da sociedade civil que participa desses espaços públicos (NEVES, 2007b, p. 136).

Dagnino (2002b), ao analisar os encontros entre Estado e sociedade civil nas experiências participativas, mostra que as relações entre essas esferas são sempre

tensas e permeadas por conflitos, cujo foco mais generalizado é a partilha de poder. Esses conflitos irão variar dependendo do quanto os atores envolvidos compartilham os projetos políticos. Por isso, a noção de compartilhamento de projetos políticos, que significa os atores do poder público e atores da sociedade civil terem os mesmos propósitos e compreensões, é importante na análise daquelas experiências, pois ela mostra em que medida está se dando a participação da sociedade civil nesses espaços, bem como permite saber se a construção de projetos políticos participativos será possível ou não (DAGNINO, 2002b).

Existe uma polarização no processo decisório das políticas públicas no Brasil representada, por um lado, pela resistência dos Executivos em partilhar o poder, e por outro, pela busca insistente por parte de setores da sociedade civil em efetivar o controle social sobre as políticas. O conflito também se manifesta quando se questiona a fragmentação das políticas formadas nos espaços que envolvem a participação da sociedade civil. E aos espaços públicos constituídos no interior do Estado, o conflito também se revela ao freqüente isolamento em relação ao conjunto da estrutura administrativa, em que “[...] eles acabam se constituindo como ‘ilhas’ separadas, em ‘institucionalidades paralelas’, conservadas à margem e com difícil comunicação com o resto do aparato estatal” (DAGNINO, 2002b, p. 147).

A autora mostra, ainda, que a conquista do compartilhamento de poder entre atores do poder político e atores da sociedade civil enfrenta também vários obstáculos para uma participação mais igualitária nos espaços públicos: relacionados às características do funcionamento do Estado brasileiro, identifica-se, entre outros, um predomínio da razão tecnoburocrática, excesso de papelada, morosidade, insensibilidade da burocracia estatal aos processos participatórios, insuficiência de recursos e instabilidade de projetos face à rotatividade do exercício do poder e a falta de transparência. Por parte da sociedade civil, evidenciam-se obstáculos no que tange à exigência de qualificação técnica e política, o que demanda, em muitos casos, longo tempo, e à exigência de conhecimento do funcionamento da máquina estatal.

Frente a esses obstáculos, que se tornam desafios para os espaços públicos, ocorre uma crescente complementaridade entre os propósitos do Estado e da sociedade

civil como um instrumento do Estado em implementar os ajustes neoliberais (DAGNINO, 2002b). Temendo a politização dos movimentos sociais e das organizações dos trabalhadores, governos optam por estabelecer parcerias com atores que possuem projetos não conflitantes com a ordem vigente, minimizando os espaços de conflito (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006).

Por isso, Behring (2002) entende que o debate da política social deve ultrapassar os espaços nos quais ela é agenciada (Estado/instituição privada), já que existe uma ampla complementaridade nesse âmbito, uma associação entre estatal e privado, remetendo à decadência das instituições democráticas e à dificuldade de constituição da esfera pública.

Outra problematização feita pela mesma autora diz respeito à transferência de certos assuntos para os altos escalões do executivo do governo, envoltos em uma linguagem tecnocrática, dificultando o acesso da classe trabalhadora ou de seus representantes às decisões, o que favorece a atuação dos grupos de pressão da classe dominante na definição das políticas em favor de seus interesses.

Ao transportarmos todas essas reflexões para a área da saúde, observamos a persistência de um modelo misto, em que, mesmo estando preconizada na Constituição de 1988 a universalização do acesso aos serviços de saúde e a integralidade das ações na área, esta é ainda marcada por uma herança privatista de primazia dos investimentos na assistência médica privada, em detrimento da saúde pública, e voltada também para a disciplina fiscal de diminuição de gastos do Estado com a saúde (COHN, 2005).

Isso remete ao fato de que o setor saúde é uma área que desperta um grande interesse do capital (os grupos privados de saúde, as indústrias farmacêuticas e grupos representantes de equipamentos nacionais e internacionais) (CORREIA, 2007).

Sabe-se que, a partir de 1988, a política pública de saúde alcançou avanços significativos com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal, fruto do amplo movimento social organizado pela Reforma Sanitária (desde

fins da década de 1970). De acordo com Scatena e Tanaka (2001), os avanços correspondem à mudança de concepção de saúde; ao acesso, considerado agora universal e igualitário; à mudança na forma de organização do sistema, conferindo importância à descentralização; ao reconhecimento da importância da lógica de intervenção preventiva, sem prejuízo das assistenciais; à participação da comunidade, e, por fim, ao caráter apenas complementar da participação da iniciativa privada.

Todavia, a realidade é que o sistema de saúde brasileiro é formado pelo SUS e pelo setor privado prestador de serviços de saúde (COHN, 2005). Assim, Bahia (2005) destaca a contradição no sistema de saúde brasileiro: a convivência entre a universalização do direito à saúde e um expressivo mercado de serviços e empresas de planos de saúde privados. Ou seja, o público e o privado coexistindo na política de saúde.

A partir dos anos de 1990, o SUS passou a ser alvo das contra-reformas neoliberais, oriundas das mudanças no âmbito da economia global e das propostas de reformas sanitárias difundidas pelos organismos financeiros internacionais, principalmente do Banco Mundial, observando-se, desde então, um intenso processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde (CORREIA, 2007). A autora, analisando a agenda de contra-reformas do Banco Mundial para a política de saúde brasileira, identificou um conjunto de propostas deste agente que, em geral, são contrárias aos avanços constitucionais da reforma sanitária brasileira, inscritos na Lei Orgânica da Saúde.

Ainda segundo esta autora, as contra-reformas implementadas demandarão da política de saúde do Brasil: rompimento com o caráter universal do sistema público de saúde, em que o “Estado se encarrega da parte não lucrativa dos serviços de saúde, que não interessa ao capital, ao tempo em que a rede privada especializa-se na alta complexidade” (CORREIA, 2007, p. 30); flexibilização da gestão na lógica custo/benefício, através da privatização e terceirização de serviços de saúde e, associada a esta, demandará também estímulo à ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde.

Portanto, constata-se que, na área da saúde, além do projeto de setores progressistas da sociedade civil – há neste a defesa do SUS e seus princípios, componentes da proposta da reforma psiquiátrica – (CORREIA, 2007)³⁷, existe também o projeto articulado ao mercado – neoliberal –, que defende a idéia de que o Estado deve garantir um mínimo à camada da população que não pode pagar pelos serviços, e os demais (aqueles que possuem acesso ao mercado) ficariam a cargo do setor privado. Isso reforça a idéia presente em grande parcela da sociedade de que o SUS é para o pobre. As propostas de reforma para o setor da saúde formuladas por este projeto caracterizam-se pela focalização, ampliação da privatização, diminuição da oferta de atendimento, incentivo ao plano privado e descentralização sem definição clara de responsabilidades de cada nível de governo. “As premissas dessa proposição pautam-se em concepções individualistas e fragmentadas da realidade em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico” (BRAVO; MATOS, 2002, p. 200)³⁸.

É nesse contexto que a política de saúde mental hoje vigente no país irá se configurar também na tensão entre projetos conflitantes e refletir as conseqüências da implantação do projeto hegemônico neoliberal em curso no país. Assim, nas arenas por onde se dão as discussões e definições dessa política, cabe perguntar: a) Há compartilhamento de projetos políticos? b) Que projetos políticos são compartilhados? No capítulo a seguir buscaremos problematizar a política de saúde mental no Brasil a partir do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, iniciado em fins da década de 1970, refletindo como os espaços públicos são configurados nesse percurso.

³⁷ Tal projeto, segundo Correia (2007), é defendido por segmentos dos movimentos populares e sindicais, instituições acadêmicas e também por entidades dos gestores (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)). Contudo, a autora ressalta que não se tratam de blocos homogêneos, argumentando que muito embora discurssem em favor do SUS, “[...] existem grandes diferenças na sua concepção, principalmente quanto à universalidade, à relação público/privado, à forma de descentralização e de participação da sociedade e ao modelo de assistência à saúde. Um exemplo dessas diferenças, mesmo entre aqueles que dizem defender o SUS, tem sido os posicionamentos a favor das Fundações Estatais de Direito Privado por parte de vários nomes da academia e da militância na saúde, considerados históricos do movimento da reforma sanitária” (CORREIA, 2007, p. 33).

³⁸ Correia (2007, p. 34) elenca os grupos apoiadores deste projeto: “pelo setor privado, pelos donos de hospitais, diretores dos hospitais filantrópicos e beneficentes, grupos privados de saúde, indústrias farmacêuticas e de equipamentos nacionais e internacionais, organizados na Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), na Confederação das Misericórdias do Brasil, na Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) e no Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE), com aliados no governo e na burocracia estatal, e tem conseguido, em parte, influenciar a política de saúde”.

3 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: ESPAÇOS DE AVANÇOS E ENTRAVES

A política de saúde mental vigente remonta ao processo de movimentos sociais, a partir do final da década de 1970, de contestação ao modelo tradicional asilar de assistência à saúde mental, modelo este caracterizado pelo isolamento do usuário do convívio social, por práticas desumanas, e por enfoque às determinações orgânicas, nas internações e na medicalização (AMARANTE, 2003).

A partir do movimento militar de 1964, com a explícita ideologia privatista no âmbito da política de saúde mental no país, como na saúde em geral, houve um marco divisório entre uma assistência direcionada aos que não possuíam vínculo com a previdência, os chamados indigentes, e o início de uma nova fase de extensão da cobertura aos trabalhadores com forte ênfase na assistência privada, cuja tática política e econômica centrava-se na contratação de leitos em hospitais privados (RESENDE, 2001).

A crítica ao modelo privatista, asilar e segregador, diagnosticava uma sólida e solidária articulação entre internação asilar e privatização da assistência nos governos militares, com a criação e ampliação de leitos nas clínicas privadas (TENÓRIO, 2002). Resende (2001) exemplifica esse quadro com dados que demonstram o crescimento da clientela e das internações nos hospitais privados: em 1965 a clientela das instituições conveniadas era de 14.000, e em 1970, já alcançava a casa dos 30.000. Enquanto no hospital público, o número da população internada manteve-se estável; no mesmo período as internações na rede empresarial hospitalar foram crescentes: em 1965 foram 35.000, e em 1970, 90.000 pessoas internadas. Política de funcionamento essa que se estenderia nos anos subseqüentes, até mesmo no período da Nova República, em 1985. Por exemplo, os recursos gastos pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social em serviços psiquiátricos contratados com clínicas privadas, a área hospitalar concentrava 81,96% (TENÓRIO, 2002).

Frente àquela realidade e à mobilização de profissionais e usuários, deu-se início, nas três últimas décadas do século passado, ao movimento pela Reforma Psiquiátrica, colocando em xeque as práticas excludentes e violentas aos portadores de transtorno mental, defendendo uma política pública de saúde mental com o reconhecimento dos direitos de cidadania daqueles sujeitos, bem como o reconhecimento da importância da participação dos mesmos no processo de tratamento e no meio social (AMARANTE, 1995; GULJOR, 2003; AMARANTE, 2007).

Assim, a reforma psiquiátrica diz respeito ao “[...] processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 1995, p. 91, grifo do autor). No caso brasileiro, convencionou-se demarcar o surgimento concreto do movimento pela reforma psiquiátrica os anos finais da década de 1970, na conjuntura da redemocratização do país. Fundamentava-se na crítica ao subsistema nacional de saúde mental e ao saber e às instituições psiquiátricas tradicionais, caracterizadas pelas práticas asilares de exclusão dos sujeitos da sociedade (AMARANTE, 1995), que marcaram a trajetória da saúde mental no Brasil (RESENDE, 2001).

A característica que marca e diferencia esta fase da reforma psiquiátrica brasileira é o reclame da cidadania do louco, ou seja, a defesa em assegurar o direito das pessoas com transtorno mental a terem direitos (TENÓRIO, 2002). Assim, valor é dado à noção de cidadania no processo de reforma psiquiátrica por esta ser “[...] sobretudo um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si” (TENÓRIO, 2002, p. 28). Logo, trata-se de um processo no qual é inerente a diversidade de atores e setores, e por isso espera-se que os projetos ou espaços formados em sua direção reflitam tal diversidade.

Os primeiros anos da década de 1970 foram marcados por tentativas, por parte do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência Social, em implementar uma série de manuais, programas e planos na área da assistência psiquiátrica de caráter preventivista, propondo, aparentemente, mudanças na ordem vigente. No entanto,

como mostra Amarante (1995), a aplicação das medidas não se dava de forma efetiva, e o avanço aos programas não hospitalizantes encontrava resistência no próprio Ministério da Previdência, que alocava seus recursos prioritariamente à compra de serviços privados hospitalares. Neste sentido, dentre os planos formulados naquela década, destacou-se o Plano de Pronta Ação (PPA), que consolidou o êxito do setor privado com forte privatização de caráter hospitalizante da assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

No final da década de 1970, o movimento pela reforma psiquiátrica iniciava a sua primeira trajetória, denominada por Amarante (1995) de *alternativa*. A partir de 1978, com a formação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), iniciava-se o momento que fora marcado pela mobilização de profissionais em tornar visível para a sociedade as práticas desumanas, excludentes, violentas e opressoras executadas aos sujeitos com transtorno mental. A própria conjuntura política iniciada no período de distensão-abertura democrática propiciava o aumento das denúncias e insatisfações populares com o regime militar autocrático e as políticas sociais e econômicas adotadas no período. Entre as instâncias que tiveram um papel de destaque, encontra-se o CEBES, formado em 1976, constituindo-se, naquele momento, em espaço de formulação do pensamento crítico no âmbito da saúde em geral, tendo contribuído para a formação do MTSM, além de ter sido criada no interior do CEBES uma comissão acerca da saúde mental (AMARANTE, 1995). Assim, iniciou-se a sistematização das primeiras denúncias, tendo como protagonista principal o MTSM.

A partir dos primeiros anos da década de 1980, o movimento pela reforma psiquiátrica adentra na *trajetória sanitarista* (AMARANTE, 1995), marcada pela inserção de grande parte dos militantes do MTSM no aparelho estatal, principalmente nas unidades hospitalares, e a saída de antigos dirigentes, o que aprofundaria os conflitos entre MTSM e a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM)³⁹ do Ministério da Saúde, uma vez que esta não acolhia as reivindicações e propostas de mudanças almeçadas pelos novos dirigentes. Foi com a inserção daqueles membros na administração pública que foi iniciada uma série de

³⁹ Em 1990, foi criada a Coordenadoria de Saúde Mental em substituição à DINSAM (AMARANTE, 1995).

conferências estaduais e municipais pelo país, anteriores à nacional (que se realizaria em 1987). Há, contudo, uma questão que é levantada pelo autor no que diz respeito a um início institucionalizante da trajetória quando da reestruturação e aperfeiçoamento da instituição psiquiátrica, por ter dado lugar a uma postura menos crítica, já que a discussão sobre os direitos ficou restrita ao processo de aperfeiçoamento, e da universalização dos dispositivos tradicionais (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002).

O terceiro momento, *trajetória de desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção*, iniciou-se a partir da realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1987, que, aliás, só se realizou devido à pressão exercida pelo MTSM. Isso porque, os dirigentes da DINSAM, apoiados pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), não aceitavam as idéias daquele movimento e queriam fazer da conferência um congresso de técnicos, sem grupos de discussão e sem a participação de usuários e familiares, pois temiam perder o controle do evento (AMARANTE, 1995). Porém, a atuação dos membros do MTSM em seus níveis de influência possibilitou a realização da primeira conferência, passando a dar atenção às organizações de usuários e de familiares que careciam de espaços para expressarem suas demandas, opiniões e projetos. Em 1987, realiza-se o II Encontro dos Trabalhadores em Saúde Mental (ETSM), cujo lema desenvolvido foi “por uma sociedade sem manicômios”, que colocava em questão a violência da instituição psiquiátrica. A partir da I CNSM, surgem os novos atores no contexto das políticas de saúde mental, os usuários e seus familiares, em que a questão da loucura ultrapassa o âmbito dos administradores e técnicos da saúde mental e passa a ser colocada no cotidiano das cidades e das instituições (AMARANTE, 1995). A loucura passa a ser problematizada fora dos limites da psiquiatria clínica. Uma questão central aqui se colocava: Era o sujeito portador de transtorno mental um sujeito de direitos?

É a partir dessa trajetória que a reforma psiquiátrica reencontra suas origens na luta da desinstitucionalização, recolocando em debate a questão da institucionalização da doença e do sujeito da doença (AMARANTE, 1995). Buscava-se a superação do modelo manicomial com a destruição dos saberes e práticas da psiquiatria tradicional, que estabelecia a submissão dos usuários de saúde mental.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil teve a influência da experiência italiana, a qual iniciou seu processo de reforma na década de 1960, sendo dado, na década seguinte, início à desinstitucionalização, com a destruição do aparato manicomial e a construção de novas possibilidades e novas experiências mediadas numa negação da instituição, isto é, “[...] negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcisar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social” (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 44), com uma nova concepção acerca da loucura e do sujeito⁴⁰. A consequência esperada desses termos do processo de desconstrução do aparato manicomial seria o que os autores denominam de instituição inventada, correspondendo a uma “[...] multiplicidade de serviços e circuitos que buscam superar cotidianamente os vícios dos saberes completos, os vícios das instituições totalitárias, para produzir trocas sociais, possibilidades e subjetividades sempre novas e plurais” (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 54).

Assim, como afirma Tenório (2002), a década de 1980, no que tange à área da saúde mental, caracterizou-se também por três fatores, a saber: ampliação dos atores sociais; iniciativas para a reformulação da legislação e surgimento das primeiras experiências institucionais de uma nova forma de cuidados em saúde mental⁴¹. A partir de então, houve a incorporação dos usuários e seus familiares (Associações de Usuários e Familiares) nos espaços de luta social – importantes agentes críticos e impulsionadores do processo de reforma psiquiátrica (TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 1997). Assim, em 1987, o MTSM se dissolve, e emerge um movimento social mais amplo: o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA) (por uma sociedade sem manicômios) (AMARANTE, 1997).

No ano de 1989, como resultado das definições assumidas no II ETSM (1987), em busca de uma sociedade sem manicômios, foi elaborado e apresentado ao

⁴⁰Franco Basaglia, mentor intelectual do processo de reforma psiquiátrica na Itália, visitou o Brasil algumas vezes, no final da década de 1970 (em 1975, 1978 e 1979), para participar de congressos, simpósios, conferências e outros eventos, difundindo as idéias da experiência italiana na cidade de Trieste, sendo elas acolhidas principalmente por técnicos jovens e militantes engajados no movimento pela reforma psiquiátrica (ROTELLI; AMARANTE, 1992).

⁴¹ O autor destaca as experiências do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos (SP), criadas na segunda metade da década de 1980 e que serviriam de referências para os demais serviços construídos posteriormente no território brasileiro.

Congresso Nacional o Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica, nº 3.657/89, pelo então deputado Paulo Delgado⁴², prevendo mudanças na política de saúde mental mediante a supressão dos manicômios. Era composto por três artigos: 1º) proibição da construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; 2º) direcionamento dos recursos públicos para a criação de serviços não manicomial; 3º) obrigatoriedade da comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária para que houvesse fiscalização sobre a legalidade da internação (TENÓRIO, 2002).

A apresentação do projeto de lei 3.657/89 produziu, no período, uma ampliação e visibilidade da discussão sobre a temática em todo o território brasileiro, tanto que, por iniciativas próprias, alguns estados criaram legislações regulamentando a assistência em direção à substituição do modo asilar, anteriormente à nacional⁴³ (TENÓRIO, 2002). Por isso, o autor considera que a proposta da lei produziu seus efeitos antes mesmo de ser aprovada em nível nacional.

O processo de tramitação do referido projeto de Lei foi de 12 anos no Congresso Nacional, período em que, inserido em uma arena política permeada por correlação de forças entre grupos antagônicos – de um lado os grupos que representavam os interesses dos hospitais e das indústrias farmacêuticas, de outro, profissionais, usuários e familiares defendendo mudanças conceituais e práticas na política de saúde mental, no movimento da reforma psiquiátrica –, sofreu algumas modificações no texto original, para que, no processo de negociação, fosse então aprovado. Entretanto, o objetivo de se acabar com os manicômios ficou em xeque, já que, por pressão de grupos de interesses econômicos, permanecia ainda no país a maior parte dos recursos destinados aos hospitais psiquiátricos. Explicitavam-se claramente os projetos em disputa: de um lado sociedade sem manicômios, de outro sociedade com mais manicômios.

⁴² O deputado Paulo Gabriel Godinho Delgado é sociólogo e professor da Universidade Federal de Juiz de Fora. Exerceu seu mandato por vinte anos (1987-2007). É irmão de Pedro Gabriel Godinho Delgado, médico, coordenador da área técnica da saúde mental do Ministério da Saúde.

⁴³ As leis estaduais aprovadas anteriormente à nacional foram oito, a saber: Lei nº 9.716/1992, no Rio Grande do Sul; Lei nº 12.151/1993, no Ceará; Lei nº 11.065/1994, em Pernambuco; Lei 6.758/1995, no Rio Grande do Norte; Lei nº 11.802/1995, em Minas Gerais; Lei nº 11.189, no Paraná; Lei nº 975/1995, no Distrito Federal; Lei nº 5.267/1996, no Espírito Santo (AMARANTE, 2007).

É por isso que se faz necessário inserir as políticas sociais, seja na fase de formulação, seja na de implementação, num terreno de lutas políticas de classe, de articulações, vinculações e de embates entre as classes e entre os projetos, em face da heterogeneidade da sociedade civil e do Estado (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006). Esses autores por sua vez, mostram experiências que demonstram que os projetos são resultados de processos de negociação e síntese entre a dimensão pessoal da vida e a dimensão coletiva dos atores civis.

É preciso destacar que o movimento de debates e de novas propostas no campo da saúde mental estava ocorrendo em nível mundial. Assim, em 1990, foi realizada a Conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, em Caracas. Com a participação de organizações, associações, autoridades da saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas de vários países, foi posto em xeque o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, indicando aos países que adaptem suas legislações para que “Assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais; promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento” (BRASIL, 2004a, p. 12). Para que tais serviços fossem organizados era mister que os recursos e tratamentos salvaguardassem a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis, baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados, proporcionando a permanência dos sujeitos em seu meio comunitário (BRASIL, 2004a). O que estavam em jogo e em confronto eram: a) a lógica da indústria da loucura (representada por vários segmentos, tais como Federação dos Hospitais Psiquiátricos privados e Indústria Farmacêutica), e b) a lógica de desinstitucionalização.

A busca pela efetivação da reorientação da atenção à saúde mental no país deu-se num processo marcado por avanços, entaves e resistências. Estas últimas, por exemplo, foram marcantes no período de aprovação da referida lei, como descreve Delgado (2001), e que, ao transportá-las para o contexto atual, identificamos a permanência delas no âmbito cultural, associando a doença mental à periculosidade; no âmbito econômico, pelos grupos beneficiadores da indústria hospitalar; no âmbito político, pelas orientações de caráter privatizantes que permeiam a execução da política; e no âmbito social, pela importância dada pelas famílias às internações como a “melhor” forma de tratamento. Um mês antes da aprovação da Lei da

Reforma Psiquiátrica, as resistências estavam notórias. Por exemplo, Gentil (2001, p. 2) afirmava: “O projeto Delgado é um retrocesso aos anos 60”.

A partir da década de 1990, inicia-se o processo de reestruturação sistemática do arcabouço normativo que regulamenta a assistência psiquiátrica no Brasil. Assim, já nos primeiros anos, foram criadas as portarias 189/91 e 224/92, que regulamentaram os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS)⁴⁴. A partir de então, os serviços de atuação comunitária foram ampliando-se (TENÓRIO, 2002), mas desafios foram lançados, como expansão da rede substitutiva e atender às reais necessidades projetadas com um acesso universal e a inversão da lógica manicomial (que não se desconstrói só com a criação de novos serviços).

Foi a partir da instituição do SUS, na Constituição Federal em 1988, e suas posteriores legislações para a sua implementação, que foram criadas as condições de possibilidade para que, em 1991, o Ministério da Saúde assumisse a responsabilidade pela formulação e implementação da política na área da saúde mental, através da instituição da Coordenação Nacional de Saúde Mental, naquele ano (BORGES; BAPTISTA, 2008). Iniciou-se aí a construção pública da política de saúde mental no Brasil, inserida num contexto de “[...] efervescência teórico-ideológica em torno do direcionamento da reforma psiquiátrica brasileira, e no que tange ao sistema de saúde, o momento é de regulamentação e implementação das leis que regem o SUS” (BORGES; BAPTISTA, 2008, p. 458).

Esse contexto tem como marco inicial a realização, naquele ano, de um encontro entre coordenação nacional de saúde mental e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a fim de elaborar um documento que pautasse a política de saúde mental a ser adotada no Brasil. Em tal momento, identificava-se que a política de saúde mental do Ministério da Saúde deveria superar a) a assistência de má qualidade, custosa, tanto ao nível financeiro quanto social, e b) o modelo iatrogênico, que, para tanto, requeria diversificação dos recursos terapêuticos, bem como o fomento da descentralização, apostando-se nesta “[...] como

⁴⁴ A denominação NAPS foi extinta em 2002 pela portaria 336/2002 (ANAYA, 2004), permanecendo somente o termo CAPS.

potencializadora de novas relações políticas e culturais” (BORGES; BAPTISTA, 2008, p. 458). Assim, entre a luta pela reforma psiquiátrica, a aprovação de lei da reforma psiquiátrica (em 2001) e a sua institucionalização, um longo caminho foi percorrido.

Os pressupostos teóricos que permearam tal encontro foram orientados pela articulação das propostas basaglianas com os princípios da Declaração de Caracas: superação do modelo hospitalocêntrico, reestruturação da assistência ligada ao atendimento em nível primário, respeito aos direitos humanos dos usuários da política, formação de recursos humanos em direção ao atendimento comunitário e a revisão da legislação dos países (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Na trajetória da produção normativa da política de saúde mental entre 1990 e 2004, fundamental para configurar a mudança e as ferramentas para sua operacionalização, quatro momentos são identificados por Borges e Baptista (2008): germinativo, de latência, de retomada e de expansão.

Ao traçar a trajetória histórica da produção normativa no âmbito da saúde mental, no período de 1990 a 2004, as autoras identificaram seis linhas de atuação nas quais as portarias e leis criadas se assentam: a) qualificação/desospitalização – são as normatizações que versam sobre a organização de grupos e procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e também aquelas que organizam a classificação das unidades hospitalares, prevendo prazos e sanções⁴⁵; b) avaliação – as portarias que abordam a avaliação influem na aplicação das que versam na linha de atuação da qualificação e desospitalização, pois a avaliação, de acordo com as autoras, subsidia estas; c) Autorização de Internação Hospitalar (AIH) – o objetivo aqui é a regulamentação da sistemática de pagamento das AIH; d) CAPS e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) – esta linha refere-se às normatizações criadas para a organização de grupos e procedimentos do SIA, englobando, por exemplo, os CAPS e os NAPS, o atendimento em oficinas terapêuticas e em grupo e visita domiciliar; e) Programa de Volta para Casa – são as normatizações voltadas ao programa de ressocialização das pessoas acometidas de transtorno mental

⁴⁵ As portarias criadas nesta modalidade de atuação nesse período foram 189 e 224.

egressos de internações; f) serviço residencial terapêutico – referente às portarias que trazem as definições e regulamentações dos serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, no âmbito do SUS. Essas portarias/leis mostram o grau de desafio imposto à implementação da política de saúde mental – criar mecanismos técnicos, jurídicos, políticos e sociais para a mudança de paradigma almejada pelo Movimento de Luta Antimanicomial. Como estratégia de contenção do raio de ação dos hospitais psiquiátricos, a avaliação seria (e é) um importante mecanismo. Mas, como um processo de resistências, o processo de reforma psiquiátrica passou por uma fase inicial e crucial ao processo denominada germinativa.

O período compreendido entre 1990 e 1996 é denominado germinativo, pois é quando se inicia uma grande articulação de atores na discussão em torno da política, constituição de grupos de trabalho diferenciados, parcerias formais e informais e diálogo com consultores. Realiza-se, em 1992, a II CNSM. Além disso, é nesse momento em que se dá a ascensão de debates e audiências referentes ao projeto de Lei nº 3657/89, o que deu visibilidade aos sujeitos e grupos de interesse envolvidos em tal debate, bem como o desenvolvimento de propostas de atuação política, e também de sua oposição. Outro aspecto que caracteriza o período germinativo é a atuação da coordenação na organização da assistência hospitalar, tendo como norte o viés da desospitalização consubstanciada em ações de avaliação e acreditação hospitalar, criando-se, nesse período, as primeiras portarias na perspectiva de reorientação da atenção. Dessa forma, por mais que não tenha conseguido neste momento a obtenção da construção efetiva de um modelo assistencial vislumbrado pelo movimento pela reforma psiquiátrica, houve um potencial germinativo, pois “[...] preparava terreno para a construção de uma rede ampla através do enfrentamento da questão da desospitalização e da abertura do financiamento, bem como através da construção de consensos e de legitimidade em torno da política de saúde mental” (BORGES; BAPTISTA, 2008, p. 461). Acrescentaríamos ao sentido germinativo as resistências às propostas de mudanças do período.

O período de 1997 a 1999 é denominado pelas autoras como o momento de latência, tendo iniciado sob mudanças na gestão do Ministério da Saúde, que passou a se comprometer com as teses econômicas do governo, dando início a

mudanças em sua estrutura, o que influenciava na condução da política de saúde mental. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) foi enfraquecida com a instituição da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), a qual passou a ser a responsável pela coordenação da formulação política e da avaliação no âmbito do SUS, e a coordenação nacional de saúde mental passou a ser alocada a este órgão, perdendo a função de formuladora da política e o poder de articulação interna e externa, tornando-se uma estrutura de caráter mais consultivo (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Em tal contexto, as autoras identificaram, nos anos de 1997 e 1998, vazios de portarias. Em 1999, houve a criação de apenas uma portaria, que, na análise delas, não logrou nenhuma linha de atuação, e de uma lei (criando as cooperativas sociais). Para Borges e Baptista (2008), essas legislações foram possibilitadas muito possivelmente pela entrada, desde o ano anterior, do novo coordenador da política de saúde mental, que era também um militante da reforma psiquiátrica. O ator mais atuante nesse período era o Conselho Nacional de Saúde (CNS) – espaço público –, que, por meio da criação de resoluções coerentes com o projeto do movimento pela reforma psiquiátrica, manifestava-se enquanto um importante interlocutor na articulação de interesses, na formulação de propostas, bem como na cobrança de ações na área. Assim, as autoras justificam a denominação do referido momento:

Por essa queda de produção normativa, pelo fato de o cargo de coordenador ter se mantido nas mãos de militantes da reforma psiquiátrica, e pela manutenção de propostas compatíveis por parte do CNS é que chamamos este de momento de latência, quando a coerência interna da condução política é subentendida (BORGES; BAPTISTA, 2008, p. 462).

O período de 2000 a 2001 é denominado pelas autoras como o momento de retomada. Foi nele que se inaugurou a linha de atuação das Residências Terapêuticas (Portaria GM nº 106/00), sendo, através das portarias criadas, retomadas as linhas de atuação da Avaliação/Desospitalização e da AIH. Borges e Baptista (2008) observam que o momento inicia-se de uma forma privilegiada, pois foi adotada uma nova estrutura ministerial em 2000, tendo as coordenações de áreas técnicas (entre elas a da saúde mental) retornadas à SAS. Como em momentos anteriores, as características do gestor são aqui levadas em conta pelas autoras: a partir do ano de 2000, assume a coordenação de saúde mental um outro

militante da reforma psiquiátrica, petista, cuja trajetória profissional e de militância esteve ligada aos movimentos sociais que respaldavam o movimento pela reforma psiquiátrica brasileira (BORGES; BAPTISTA, 2008)⁴⁶. As autoras referem-se aqui à entrada no cargo do professor Pedro Gabriel Delgado. Somando-se a esses momentos, tem-se, no ano de 2001, a aprovação da Lei 10.216 (lei da reforma psiquiátrica) e a realização da III CNSM.

Já o período entre 2002 e 2004, as autoras identificaram que se trata de um momento de expansão de um modelo assistencial diversificado, em que as normalizações criadas expandiram as linhas de atuação da avaliação/desospitalização (destaque aqui para o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria (PNASH)); do Programa de Volta para a Casa (oficialmente instituído em 2003) e os CAPS. Assim,

Se no começo da década de 1990 o discurso oficial era mais voltado para a qualificação da assistência psiquiátrica, mais recentemente volta-se para a constituição de uma rede de cuidado em saúde mental, logrando o desenho de um novo modelo assistencial (BORGES; BAPTISTA, 2008, p. 465).

Com a aprovação da Lei 10.216, em 06 de abril de 2001, considerada uma lei progressista pelo movimento da reforma, são assegurados os direitos das pessoas com transtorno mental de serem tratadas com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, e considera a internação somente em casos em que os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Em 2002, as modalidades de CAPS foram normalizadas pelas Portarias nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, e nº 189, de 20 de março de 2002 (BRASIL, 2002a; 2002b).

Como o movimento pela Reforma Psiquiátrica defendia novas experiências que viessem ao encontro da cidadania dos usuários, a política vigente prevê a substituição do modelo hospitalocêntrico pelo incremento de serviços extra-

⁴⁶ Por isso, Borges e Baptista (2008) afirmam que “[...] desde o nascimento da política de saúde mental, sua coordenação não tem sofrido intempéries de outros critérios de nomeação que não aqueles de um alinhamento com o movimento informante da reforma psiquiátrica. Se os ideais deste movimento ainda não gozam do *status* de hegemônico, por outro lado conseguiram firmar sua legitimidade na sociedade e no aparelho público” (BORGES; BAPTISTA, 2008, p. 463).

hospitalares de base comunitária, os quais devem atuar no território buscando a reinserção dos sujeitos na comunidade (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). O conceito de território que deve orientar os serviços não se refere a delimitações geográficas, mas no sentido de que as ações em saúde mental deverão levar em conta as referências e os recursos socioculturais dos sujeitos, articulando-se a elas. Desse modo, entende-se que a perspectiva atual é a de “fazer da rede social de suporte um instrumento de aceitação da diferença [...]” (TENÓRIO, 2002, p. 31).

Na reorientação do modelo assistencial, os CAPS são considerados dispositivos estratégicos na rede de cuidados e articuladores às demais instâncias de atenção básicas em saúde, como Estratégias de Saúde da Família, rede de ambulatórios e atividade de cuidado e suporte social (JORGE et al., 2005).

Tendo como diretriz a criação de uma rede de serviços de pequena e média complexidade que prestem cuidados psicossociais no território, a política de saúde mental no Brasil, atualmente, está comprometida com o direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção integral à saúde, por meio de dispositivos sanitários e socioculturais baseados no modelo Psicossocial (JORGE et al., 2005; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). Constituindo em um novo paradigma, esse modelo considera que a configuração das práticas em saúde mental devem conjugar-se e pautar-se em diversos fatores, tais como: políticos, biológicos, sociais e psicológicos (COSTA-ROSA, 2000), e reconhecer o usuário como um agente de possibilidade de mudança (BRASIL, 2004b).

Assim, no relatório de gestão do período de 2003 a 2006, a Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde descreve que uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária vem sendo construída através de um conjunto de serviços de referências para os usuários, tais como: CAPS, residências terapêuticas, ambulatórios de saúde mental, Centros de Convivência e Cultura e serviços desenvolvidos na atenção básica (BRASIL, 2007a). É preciso atentar para o fato de que a reorientação do modelo pautado na atenção psicossocial requer ações de diferentes âmbitos de intervenção. Logo, o reconhecimento da importância de inclusão de serviços de outras áreas a compor a rede é fundamental. Assim, a rede deverá ser composta por demais recursos políticos e socioculturais presentes na

comunidade, tais como: instituições de defesa dos direitos do usuário, Ministério Público, escolas, associações de bairro, demais associações e/ou cooperativas, família, ações e atores na área do trabalho, do esporte, da assistência social, Estratégia de Saúde da Família, entre outros (AMARANTE, 2007; PITTA, 2006) (Figura 1). Essa rede forma, nesse sentido, uma “[...] série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos” (AMARANTE, 2007, p. 86), os quais deverão ter garantida a sua participação nos espaços de interlocução e discussão dos assuntos da política de saúde mental (por exemplo, nos Fóruns de Saúde Mental).



Figura 1 - Rede de Atenção em Saúde Mental.

Fonte: BRASIL, 2004b.

Nesta estruturação, por muitos anos evidenciou-se a necessidade de uma reorientação de financiamento para os serviços de base comunitária, tendo os gastos com os hospitais psiquiátricos superados os da atenção extra-hospitalar (LANCETTI, 2001). Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2006, os recursos financeiros destinados aos serviços extra-hospitalares (R\$517.478.979,39) superaram, pela primeira vez, os das ações e programas hospitalares (R\$425.802.569,33) (BRASIL, 2007b). No entanto, há muito que avançar. Por

exemplo, Oliveira e Garcia (2009) apontam para a carência de CAPS no Brasil. Souza e Garcia (2008) denunciam a ação da Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) na obstrução das ações do Ministério da Saúde na tentativa de redução de leitos psiquiátricos na rede privada.

Nesta discussão, é necessário trazeremos a questão para o âmbito municipal. Com um país marcado por um grande número de municípios de pequeno porte (menos de 20.000 habitantes), com ausência de recursos na rede básica de atenção em saúde mental, a construção dessa rede substitutiva é um desafio para esses municípios.

A capacitação de recursos humanos em saúde mental configura-se ainda em um dos grandes desafios a ser enfrentado e solucionado. Uma nova forma de atendimento em saúde para ser efetivamente implantada precisa de profissionais capacitados a trabalhar na nova lógica de atenção. É preciso considerar que, no âmbito da saúde mental, a maioria dos estágios e visitas curriculares são realizados em hospitais psiquiátricos, logo, “[...] a grande parte dos profissionais chega aos CAPS sem saber como os mesmos funcionam e tem de, na prática, aprender a trabalhar na atenção diária” (JORGE et al., 2005, p. 216). O desafio é, portanto, em meio ao contingente de trabalhadores, discutir e criar possibilidades que ofereçam uma atenção integral e resolutiva aos portadores de sofrimento psíquico, através da formação de recursos humanos para a criação de uma nova cultura com base no respeito e reconhecimento da diferença (JORGE et al., 2005). Desafio esse agravado com o cenário neoliberal hegemônico, no qual estão inseridas as práticas profissionais, verificando-se a precarização das relações trabalhistas com proposições individuais e fragmentadas de atuação na realidade.

É necessário nos atermos também às instâncias pelas quais as discussões acerca de um novo modo de agir e conceber em saúde mental foram sendo construídas e pelas quais o debate foi corporificando-se em propostas e deliberações para a política. Assim, encontramos, por exemplo, o espaço das Conferências Nacionais de Saúde Mental, que são concebidas como “[...] dispositivos fundamentais de participação, controle social, debate e síntese democrática das diretrizes políticas principais e de medidas operacionais nestas áreas no país” (CNSM, 2002, p. 13). Exercem um duplo papel: dar continuidade ao processo, iniciado em fins dos anos

de 1970, de críticas ao modelo hospitalocêntrico e definir estratégias e caminhos para a implementação da reforma psiquiátrica no Brasil.

A I CNSM, realizada no período de 25 a 28 de junho de 1987, foi um desdobramento da VIII Conferência de Saúde, e teve a participação de 176 delegados (CNSM, 1988). O processo de organização e realização da conferência, conforme já mencionado, foi permeado por tensões advindas das resistências dos setores dirigentes da DINSAM e ABP, que queriam imprimir ao evento um caráter congressual. Foi, entretanto, a militância do MTSM que propiciou a sua realização. Um dos temas debatidos foi “Cidadania e Doença Mental: direitos, deveres e legislação do doente mental”, exigindo-se que ao portador de transtorno mental fosse constitucionalmente assegurado o exercício da cidadania plena (CNSM, 1988), reforçando o debate daquele momento em torno da necessidade de reorientação da legislação em saúde mental.

Em dezembro de 1992, foi realizada a II CNSM, com 500 delegados eleitos nos eventos estaduais, representando diversos segmentos: associações de usuários e familiares, conselhos da área de saúde, prestadores de serviços, governos e entidades da sociedade civil, compostos paritariamente por dois grupos: usuários e sociedade civil, governo e prestadores de serviços (CNSM, 1994). Os marcos conceituais estabelecidos foram “Atenção Integral” e “Cidadania”. Foi debatida a temática da atenção integral na perspectiva da municipalização, passando a conceber os municípios como atores na gestão das políticas.

A III CNSM foi realizada em dezembro de 2001, tendo como tema “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Sua realização deu-se após (longos) nove anos depois da II CNSM, reflexo do árduo, complexo e longo processo de busca pela aprovação da Lei 10.216, que enfrentou vários âmbitos de resistências. A conferência reuniu 1.700 participantes e foi precedida de uma série de conferências locais e de eventos em nível nacional. Dentre as temáticas abordadas no âmbito do controle social, foram reafirmadas e propostas, entre outras, a importância do envolvimento dos movimentos populares e profissionais na luta pela organização de condições adequadas ao modelo antimanicomial; a necessidade de se garantir a

participação de usuários, familiares e técnicos nas instâncias de elaboração e fiscalização da política e nos procedimentos dos serviços; e a garantia da participação dos usuários, familiares, sociedade civil organizada e técnicos em projetos ligados à saúde mental (CNSM, 2002).

Foi proposta também, na referida conferência, a ampliação da criação de fóruns de saúde mental por todo o território brasileiro, de caráter permanente e com mais frequência, espaços onde devem ser assegurados o “[...] **direito à participação dos trabalhadores, gestores, operadores do direito, ONG’s, instituições, usuários e familiares, para o encaminhamento de suas reivindicações aos órgãos competentes**” (CNSM, 2002, p. 156, grifo nosso). A III CNSM indica a alocação de recursos orçamentários para a esfera municipal, estadual e federal para garantir financiamento para os mecanismos de comunicação, informação e visibilidade da política de saúde mental, entre estes, os Fóruns (CNSM, 2002). Prevê, ainda, a realização simultânea do Fórum de Saúde Mental no Dia da Luta Antimanicomial (18 de maio). Anterior ao ano de 2001, alguns estados do país já tinham constituído Fóruns de Saúde Mental na década de 1990, como, por exemplo, Rio Grande do Sul/Fórum Gaúcho de Saúde Mental – FGSM – (FGSM, 2008), Minas Gerais e Espírito Santo (FERREIRA, 2005; ROSSONI, 2006)⁴⁷.

Destacamos que essas ações ainda decorrem de iniciativas próprias dos atores políticos e sociais locais, pois mesmo que na III CNSM haja a indicação da construção e ampliação de Fóruns de Saúde Mental, não há um arcabouço normativo que estabeleça a obrigatoriedade pela formação e realização dos mesmos. Contudo, observamos também a construção de Fóruns temáticos e/ou específicos no interior da política de saúde mental, como o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil, instituído pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 2004, com a Portaria GM nº 1.608, conceituando esse Fórum como espaço de debate coletivo, de caráter representativo e deliberativo, cuja participação agrega

⁴⁷ Sem precisar quantitativamente, mediante uma busca aleatória na rede da Internet, em 2008, podemos identificar tais iniciativas sendo desenvolvidas em municípios e estados de diversas regiões do país, tais como: I Fórum de Saúde Mental de Guanambi (Bahia), em 2008; I Fórum de Saúde Mental em Sorriso (Mato Grosso) em 2007; III Fórum de Saúde Mental do Distrito Federal, em 2006; II Fórum de Saúde Mental e Reabilitação de Casimiro de Abreu (Rio de Janeiro), em 2005; e II Fórum Estadual de Saúde Mental de Piauí, em 2004.

representantes de instituições governamentais, setores da sociedade civil e entidades filantrópicas (BRASIL, 2005).

Há, também, na interface saúde mental e direitos humanos, um processo de discussão em nível internacional, com o espaço de organização social construído no ano de 2006: Fórum Internacional de Saúde Coletiva, Saúde Mental e Direitos Humanos (ENSP, 2008), tendo sido realizado o I encontro em Buenos Aires (Argentina). Sua origem remonta aos Congressos Internacionais de Saúde Mental e Direitos Humanos, organizados pela Universidade Popular Madres da Praça de Maio, que desenvolviam reflexões acerca daquela relação (saúde mental e direitos humanos). Com o passar dos anos, decidiu-se construir um Fórum, pois aqueles congressos estavam assumindo um caráter mais científico e compostos predominantemente por profissionais e técnicos em detrimento da participação de atores sociais engajados em prol dos direitos humanos (ENSP, 2008). O referido Fórum visa reunir, em seus encontros, os movimentos sociais da saúde mental e dos direitos humanos, com uma interface com a saúde coletiva, pois entende-se que a questão das violações dos direitos humanos perpassa o campo da saúde pública em geral (ENSP, 2008).

O Brasil, em face da forte expressão da Luta Antimanicomial, bem como do marco constitucional de estabelecimento de participação e controle social no âmbito das políticas públicas, principalmente na saúde (ENSP, 2008), foi escolhido para sediar o II Fórum Internacional no Estado do Rio de Janeiro, no período de 22 a 25 de maio de 2008, momento de realização de debates (sobre trabalho, gênero, tortura à raça, às populações marginalizadas, aos manicômios comuns e judiciários etc.), encontros e socialização de experiências entre diferentes atores sociais, a propiciar a produção de críticas e novas intervenções no campo da saúde mental e dos direitos humanos (ENSP, 2008).

Esses espaços de interlocução e discussão que vêm se desenvolvendo no Brasil devem ser contextualizados no cenário brasileiro, em que, a despeito dos avanços ocorridos na saúde mental, como mudança na estrutura jurídico-política com as regulamentações de leis e portarias, ampliação de serviços extra-hospitalares, intensificação do debate acerca das ações em saúde mental e conquista de espaços

políticos, a realidade é ainda híbrida, expressa pela convivência de dois modelos distintos. Tal afirmação pode ser demonstrada pelos gastos do programa nacional de saúde mental, que, por muitos anos, concentraram-se, predominantemente, na rede hospitalar: a relação dos gastos divulgada pela coordenação geral de saúde mental mostra que 2006 foi o primeiro ano em que ocorreu a ultrapassagem dos gastos extra-hospitalares sobre os hospitalares, até recentemente (ano de 2005) estes correspondiam a 55,47%, enquanto àqueles, 44,53% (BRASIL, 2007a). Ou seja, os gastos com internações em nosso país atingem cifras ainda bastantes expressivas.

Por outro lado, mesmo com a reversão nos gastos, esse quadro de redução de investimento tem gerado reações intensas, como as contidas na matéria estampada no jornal O Globo, de 09 de dezembro de 2007, com o título “O governo não quer saber de quem ouve vozes”, em que o modelo de reorientação da assistência, com a redução de leitos, adotado pela política nacional é alvo de críticas por seus opositores: “As críticas são de que o sistema atual, que adota as diretrizes defendidas pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia [...] são ideológicas e não científicas” (AGGEGE, 2007a, p. 15). Outra problemática que se destaca quanto aos recursos financeiros no âmbito da saúde mental é que o pagamento dos serviços segue a lógica da produtividade, isto é, os serviços devem produzir as ações para então receberem os recursos correspondentes à produtividade (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005), incentivando, desse modo, as ações de caráter curativo em detrimento da prevenção. Dessa forma, como nas demais políticas sociais no Brasil, a década de 1990 apresentou obstáculos para o processo de mudanças no campo da saúde mental, isso porque

[...] com a hegemonia das políticas neoliberais, que trazem em seu bojo uma desvalorização do trabalho humano, uma falta de solidariedade para com os excluídos, um desmonte das políticas sociais, uma conjuntura de não-democratização [...], o Movimento de Reforma Psiquiátrica tem sofrido reveses na continuidade de suas propostas, dentre elas a diminuição do investimento público no setor de Saúde Mental (BISNETO, 2007, p. 42).

Nessa direção, Bisneto (2007) ressalta que os governos brasileiros, ao mesmo tempo em que buscam diminuir os custos da assistência psiquiátrica dos hospitais psiquiátricos públicos, incentivam o repasse de recursos públicos para o setor privado, através de convênios estabelecidos, “[...] para continuar enriquecendo a

burguesia e outros setores conservadores que compõem a base de sustentação de seus mandatos” (BISNETO, 2007, p. 43).

Interessado em obter cada vez mais lucros para a classe detentora do capital e a manutenção de seu poder e hegemonia na área da saúde mental, de acordo com a análise de Bisneto (2007), o projeto neoliberal se expressa no incentivo à medicalização na assistência, mantendo os lucros da indústria farmacêutica e as internações psiquiátricas a favor dos interesses econômicos dos grupos hospitalares hegemônicos. Assim, tal projeto vem reatualizando a defesa do mercado como a esfera competente e eficiente na prestação dos serviços, bem como na gestão dos processos decisórios no que tange às políticas públicas sociais. E no setor da saúde mental,

[...] as internações psiquiátricas públicas no Brasil não são feitas exclusivamente nos hospitais públicos propriamente ditos (isto é, da União, estados ou municípios). A maioria delas é realizada em instituições privadas, que são para isso remuneradas pelo setor público. É o chamado setor conveniado ou contratado: hospitais privados que provêm a internação da clientela pública, mediante remuneração do estado – antes via INPS, depois Inamps, hoje pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (TENÓRIO, 2002, p. 33)^{48,49}.

Apreende-se da trajetória da política de saúde mental brasileira protagonismos de diferentes atores sociais e políticos que travam vários embates, como nos mostra Amarante (1995; 1997).

Compõe este quadro o setor privado de prestação de serviços em psiquiatria, com uma atuação forte naquele processo (AMARANTE, 1995). Refere-se aos representantes dos segmentos dos grupos econômicos dominantes, representados,

⁴⁸ Tenório (2002), em seu estudo, também ressaltou a existência de clínicas psiquiátricas contratadas na modalidade de empresas privadas com fins lucrativos que atendem somente a clientela do SUS. A receita desses serviços provém de uma única fonte, a internação psiquiátrica, a qual é paga mediante uma diária a cada dia de internação de cada pessoa internada. Tal receita variará de acordo com o número de pessoas internadas, o tempo de internação e o gasto da clínica com a manutenção do paciente. As duas primeiras serão favoráveis ao aumento da receita na medida em que tiverem uma tendência crescente; a última favorecerá se o custo da clínica na manutenção for menor.

⁴⁹ Os estudos de Souza e Garcia (2008) e Oliveira e Garcia (2009) apontam que 61,7% do valor gasto pela SESA em saúde mental, em 2007, foi para pagamento das AIHs de uma só clínica conveniada ao SUS – a Clínica Santa Isabel. Ou seja, a maior parte dos recursos em saúde mental foi para pagamento em internações psiquiátricas na clínica (SOUZA; GARCIA, 2008).

conforme visto acima, pelos hospitais psiquiátricos privados, conveniados ao SUS, que enfatizam na hospitalização da atenção psiquiátrica.

Amarante (1995) mostra que o ator que se destaca nesse grupo é a FBH, criada em 1966 com o nome de Federação Brasileira de Associações de Hospitais, sendo, a partir de 1973, denominada de FBH. Ainda segundo esse autor, é uma entidade de prestadores privados de saúde, mas basicamente composta pelos “empresários da loucura”. Seu surgimento se dá no contexto do golpe militar e de um processo intenso de privatização da assistência, momento em que obtém expressivo crescimento com novos contratos e ampliação dos já existentes, já que a remuneração era por ato realizado (AMARANTE, 1995). Como informa o autor, no final da década de 1970, a FBH começa a ter seu domínio ameaçado devido ao processo de redemocratização do país, ao próprio modelo previdenciário de privatização, acarretando problemas financeiros, bem como o delineamento de novos objetivos no projeto de privatização, com a alocação de recursos para outras formas de empresariamento, como a medicina de grupo e o seguro saúde, as quais obtêm a remuneração previamente. A FBH se posicionou contrária ao projeto de Lei nº 3657/89, pressionando familiares, bem como setores acadêmicos, para instaurar uma resistência técnico-especialística (AMARANTE, 1997). Em momentos mais recentes, há investidas da FBH para conter as sanções do PNASH, criado em 1998 com a finalidade de promover a melhoria da qualidade dos hospitais psiquiátricos.

Outro ator presente no processo de reforma psiquiátrica brasileira, conforme mostra Amarante (1995), é a Indústria Farmacêutica (IF), conferindo um embate entre uma política de saúde *versus* uma política industrial. O autor, em seu estudo, mostrou que a primeira, por onde deveria haver uma política de medicamentos inserida em seu interior, é ainda inexpressiva, e a segunda, com uma presença marcante, preconiza uma política de aumento da produção. Nesses termos, há um grande estímulo à automedicação e ao aumento de demanda de medicamentos, orientado pela ideologia de que o medicamento é o recurso fundamental no tratamento (AMARANTE, 1995). Por exemplo, a) em um estudo conduzido por Almeida e colaboradores (1999) constatou-se que 18,5% dos pacientes idosos de ambulatório de saúde mental utilizavam pelo menos uma medicação imprópria; b) Nappo (1992) aponta que o consumo de anorexígenos (do tipo anfetamina) entre 1988 e 1989 era

estimulado pelos próprios médicos e aponta também para o papel exercido pelas farmácias de manipulação nesta questão, ao terem contribuído naqueles anos, respectivamente, com 68,6% e 39,4% do total consumido.

A ABP foi constituída na década de 1970 com objetivos científicos e corporativos. Após uma parceria com o MTSM no Congresso da categoria em 1978, em 1980 há um distanciamento e confrontos entre as entidades, passando a ABP a assumir uma abordagem meramente técnica sob orientação de uma postura científica, apoiando em meados da mesma década a DINSAM em oposição às idéias do MTSM (AMARANTE, 1995). Amarante (1997) assinala que, embora a ABP tenha decidido apoiar o projeto de Lei nº 3657/89, ela “[...] não logrou tornar-se uma entidade representativa dos psiquiatras ou, menos ainda, do Movimento da Reforma Psiquiátrica” (AMARANTE, 1997, p. 177).

Em sua revista científica (Revista Brasileira de Psiquiatria), do mês de março de 2001 (um mês anterior à aprovação da Lei), a ABP faz uma reflexão e aponta a sua posição sobre a Reforma Psiquiátrica: reconhece a importância da atuação também de outras abordagens ao transtorno mental que não só a médico-psiquiátrica – atribuindo, contudo, a esta o papel fundamental, em muitos casos, para o diagnóstico e tratamento; afirma que, à época de apresentação do projeto de lei da reforma, apoiou favoravelmente, criticando, porém, a proposta da extinção progressiva dos manicômios se tivesse como sinônimo de hospital psiquiátrico; defende que os hospitais psiquiátricos de qualidade cumprem um papel dentre os recursos a ofertar aos usuários; destaca a internação como uma medida protetiva, em determinadas situações clínicas ou quando demandada por certos procedimentos terapêuticos – quanto às internações involuntárias, defende que deve ser facultada aos médicos a escolha do melhor procedimento, e, quando houver conflito de opiniões entre o parecer médico e a vontade do usuário, após a internação, deve haver intervenção de uma instância judiciária para julgar a sua manutenção ou não; considera que a reabilitação psicossocial expande os benefícios alcançados pelo tratamento clínico (JORGE; FRANÇA, 2001).

Mais recentemente, a política nacional de saúde mental adotada pelo MS sofreu amplas contestações veiculadas na mídia. Em 2006, o ex-presidente da ABP

divulgou um artigo de opinião intitulado “Erro da Política de Saúde Mental”, publicado no jornal O Globo, de 20 de julho daquele ano. Para ele

Há um grande equívoco no Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde [...] O equívoco começou a se desenhar quando elegeram como prioridade a desospitalização de portadores de transtornos mentais [...] Em seguida, numa movimentação batizada de “reforma psiquiátrica” (como se especialidade médica necessitasse de reforma), fecharam leitos em hospitais públicos – vejam bem, públicos – e posaram de “salvadores da pátria” para os flashes. Quem precisa de reforma é o modelo assistencial, não os médicos (FRANÇA, 2006, sp).

Em dezembro de 2007, naquele mesmo jornal, novas matérias com esse teor foram também divulgadas: “O governo não quer saber de quem ouve vozes” “Sem hospícios, morrem mais doentes mentais” (AGGEGE, 2007a; 2007b). Como resposta foi elaborado o manifesto em defesa da política de saúde mental e do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, apoiado entre outros pelo MLA, CEBES, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Conselho Federal de Psicologia (CFP) (ABRASCO, 2007).

Como podemos notar, o processo de reforma psiquiátrica é um campo permeado por conflitos entre os atores envolvidos.

Assim também, ao longo da trajetória da reforma psiquiátrica, evidenciam-se atores que lutaram ou lutam pela defesa de políticas públicas em saúde mental, expressos principalmente pelo MTSM, MLA e pelas Associações de Usuários e Familiares de 1970 (AMARANTE, 1995; 1997).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi formado em 1978 por um conjunto de técnicos de várias categorias profissionais, principalmente médicos recém-formados e universitários, que combinavam reivindicações trabalhistas com um discurso humanitário (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002). Representou o ator político principal no processo de transformação no âmbito da saúde mental, tendo sido em seu interior que emergiram as críticas ao subsistema nacional de saúde mental com enfoque ao setor privado e ao saber e às instituições psiquiátricas

clássicas, bem como surgiram as propostas teóricas e práticas do que deveria constituir a política de saúde mental (AMARANTE, 1995)⁵⁰.

Como descreve o autor, o protagonismo desse movimento, nos anos subseqüentes, mantendo a opção pela não-institucionalização foi intenso, alcançando vitórias e ao mesmo tempo enfrentando tensões e resistências daqueles segmentos conservadores. Foi no ano de 1987, com a realização do II Congresso dos Trabalhadores em Saúde Mental, que o movimento avança a luta para um caráter antimanicomial (TENÓRIO, 2002), desfazendo-se e dando lugar à constituição do MLA (LOBOSQUE, 2001), com a incorporação de novos aliados, tais como usuários e familiares. Há que se ter o cuidado aqui para o fato de conceber o movimento como um bloco homogêneo, pois se trata de uma dinâmica societária de diferentes sujeitos e projetos.

Com o processo de reivindicações desempenhado pelo MLA, as proposições e ações na perspectiva da cidadania do usuário são transportadas para o âmbito da cultura de maneira a sensibilizar a sociedade para a necessidade de se estabelecer uma nova relação com a loucura. A partir desse momento, “[...] a questão da loucura e do sofrimento psíquico deixa de ser exclusividade dos médicos, administradores e técnicos da saúde mental para alcançar o espaço das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos [...]” (AMARANTE, 1995, p. 100).

Nos anos seguintes, o MLA foi se organizando nos Encontros Nacionais de Luta Antimanicomial, instâncias deliberativas máxima do movimento, que se realizam a cada dois anos, reforçando a luta do movimento pela conquista da cidadania plena dos sujeitos com transtorno mental (MAIA; FERNANDES, 2002). O primeiro encontro

⁵⁰ Conforme descreve Amarante (1995), nos anos de 1970 no Brasil, os grandes centros urbanos passavam por um crescimento vultoso da oferta de mão-de-obra, pressionando o poder público para o crescimento de postos de trabalho, bem como a emergirem as denúncias de fraudes e distorções em clínicas conveniadas, denunciadas pela comissão de saúde mental do CEBES. Em um contexto de abertura política e de mobilização popular em vários setores da sociedade, esses profissionais organizaram-se em associações, sindicatos e conselhos. Por isso, tal movimento é considerado, pelo autor, como uma das faces desse amplo movimento “[...] cuja organização não pretende ser entendida como restrita a um sindicato ou uma associação profissional, mas como mobilização política em torno de determinada temática social, a da saúde mental” (AMARANTE, 1995, p. 115). Assim, vários e diferentes espaços constituíam em *locus* de atuação do movimento, tais como na constituição de núcleos, comissões e departamentos de saúde mental no CEBES, sindicatos da área da saúde e em organizações de outros setores da sociedade civil, como associações de moradores.

realizou-se em 1993, em Salvador, reafirmando “[...] sua independência do aparelho de Estado, seu compromisso de transformação social, sua bandeira por uma sociedade sem manicômios, o caráter não partidário, mas inegavelmente político desta militância” (LOBOSQUE, 2001, p. 25). O MLA apóia-se em núcleos existentes em todo o território nacional, sendo esses núcleos “[...] as associações, entidades, enfim todas as formas de organização coletiva independentes, sintonizadas com os princípios da luta antimanicomial” (LOBOSQUE, 2001, p. 25). O sétimo encontro foi organizado pelo Núcleo Estadual de Luta Antimanicomial do Espírito Santo, realizado em Vitória no ano de 2007, tendo sido reafirmada a necessidade do fortalecimento do processo de participação social e exercício da cidadania dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental.

Entendemos que o processo de reforma psiquiátrica desenvolve-se não de maneira linear, mas permeado por tensões e conflitos, inscrevendo-se nas

[...] possibilidades e limites das políticas públicas (e do Sistema Único de Saúde em particular) e da implementação de projetos comprometidos com a afirmação de direitos de cidadania, com a luta contra as desigualdades sociais e os mecanismos de exclusão social (CNSM, 2002, p. 19-20, grifo nosso).

É nesta perspectiva que delineamos a temática em que se insere o estudo.

3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO ESPÍRITO SANTO

No Estado do Espírito Santo, na organização da assistência em saúde mental, ocorre a centralização de serviços de saúde mental em determinadas regiões – Grande Vitória – enquanto em outras há grandes vazios de cobertura (FERREIRA, 2005; OLIVEIRA; GARCIA, 2008).

A política de saúde mental do Estado do Espírito Santo, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica, apresenta como objetivo assegurar a assistência bio-psicossocial e os direitos às pessoas com transtornos psíquicos, no intuito de possibilitá-las autonomia, integração, participação e

reinserção social, sendo sua prioridade a atenção integral a essa clientela (ESPÍRITO SANTO, 2000; 2004).

O processo de implantação da Política Estadual de Saúde Mental com o sentido da reestruturação da assistência psiquiátrica em curso, em nível nacional, tem como ponto de partida o ano de 1995⁵¹ (FERREIRA, 2005). Marco político da reestruturação da assistência psiquiátrica no Espírito Santo, para essa autora, o ano de 1995 favoreceu a discussão da política de saúde mental no Estado através da conjugação de dois fatores: o fortalecimento da política de saúde mental em nível nacional que ocorria na década de 1990 (já abordado no item anterior) e o contexto político capixaba com o início da gestão estadual de um governo de ideal democrático e participativo (1995-1998), que priorizou, em sua agenda, a política de saúde e estabeleceu uma discussão ampliada com os profissionais (ESPÍRITO SANTO, 1995; 2000).

Entretanto, é preciso não perder de vista que o período político após as eleições para governador do Estado do Espírito Santo para a gestão 1995-1998 foi marcado por tensões: Scherer (2005) mostra que a relação entre o governador Vítor Buaiz e o Partido dos Trabalhadores (PT) foi permeada por conflitos, pois para o PT capixaba o governo aliou-se ao neoliberalismo, invertendo prioridades e reatualizando temas historicamente criticados pelo partido:

A conjuntura econômica e política local e nacional, as pressões do mercado e dos credores ou fiadores do governo, pressionaram Vítor Buaiz a fazer uma opção pela reforma do estado e a adotar uma política desestatizante, de enxugamento da máquina administrativa (SCHERER, 2005, p. 99).

O setor saúde em crise, a administração da SESA passava por um conturbado período, com troca de secretários, greves e pedidos de demissão de funcionários (VITOR..., 1996). A matéria intitulada “Vitor: Estado não resolve sozinho crise da

⁵¹Ferreira (2005) mostra que antes desse ano não havia registros sistemáticos acerca de experiências que configurassem a consolidação de uma política de reorientação da área, estando centrado ainda num modelo hospitalocêntrico. Ocorreram atividades que impulsionaram o debate no Estado já no sentido de reorientação da atenção, como a realização, na cidade de Vitória, do I Encontro Nacional dos Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste em 1985; o II Encontro Estadual de Saúde Mental em 1992.

saúde” no jornal A Gazeta, de 13 de setembro de 1996, informa os gastos na área da saúde no início de 1996:

No primeiro semestre deste ano, o Sistema Único de Saúde (SUS) destinou R\$ 22.890.815,00 à área da saúde no Espírito Santo. A maior fatia dessa verba, 73,23% (equivalente a R\$16.763.606,00) foi investida no atendimento complementar, oferecido pelas unidades filantrópicas e privadas, que não atendem ao setor de urgência e emergência. Aos hospitais estaduais, foram aplicados apenas 18,4% desse dinheiro (ou seja, R\$ 4.214.351,00). O restante foi enviado aos municípios (R\$ 336.660,00 ou 1,47%) e ao Hospital das Clínicas (R\$16.763.606,00, no caso 6,89%) (VITOR..., 1996, p.16).

Acrescentamos a importância que teve para aquele processo desencadeado a partir de 1995, no campo da saúde mental do Estado, a inserção de profissionais no aparelho estatal engajados com a Reforma Psiquiátrica (tal como apontado na esfera federal).

Tal momento possibilitou à SESA iniciar um processo de condução da municipalização da saúde nos municípios, permitindo, nesta esfera, a discussão da saúde mental, com a realização de seminários microrregionais no intuito de sensibilizar para as questões da assistência à saúde mental, priorizando o diagnóstico da assistência em saúde mental no Estado, bem como a elaboração posterior das propostas da política de saúde mental que seria implantada mediante os documentos “Proposta para uma Política de Saúde Mental do Estado do Espírito Santo”, de 1995⁵², e “Política Estadual de Saúde Mental”, em 2000⁵³ (FERREIRA, 2005).

Somados a essas ações, ainda para a autora, outros elementos contribuíram para a implantação das ações de saúde mental: capacitações e treinamentos em serviços ambulatoriais e hospitais psiquiátricos, implantação do Grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar e a Instrução Normativa Estadual nº 086, de 17 de março de 1995, para avaliação e adequação dos hospitais psiquiátricos do Estado. Em 1996, o governo do Estado propôs mudança e aprimoramento do

⁵² Esse documento, elaborado no ano de 1995, propõe ações para a reorientação da assistência em saúde mental no que tange à estratégia de planejamento, desinstitucionalização, diversificação das práticas e valorização de Recursos Humanos e municipalização (ESPÍRITO SANTO, 1995).

⁵³ Documento sobre a Política Estadual de Saúde Mental de 2000 a 2003, abordando os seus pressupostos, princípios e diretrizes, e a estrutura da rede de atenção em saúde mental (ESPÍRITO SANTO, 2000).

modelo gerencial dos hospitais públicos, implantou o novo modelo de gerenciamento dos hospitais existentes naquela época; continuidade nas gestões de governo subseqüentes da adoção das diretrizes da reforma psiquiátrica (FERREIRA, 2005)⁵⁴.

Não se pode perder de vista que o movimento social em defesa dos usuários da saúde mental retomou suas atividades a partir de meados daquela década, após ter permanecido inativo por um momento⁵⁵.

Ferreira (2005) constatou uma ampliação da rede ambulatorial em saúde mental a partir do ano de 1995, atingindo, em 2003, 36 municípios do total de 78 existentes no Estado. Em 2007, 46 municípios contavam com serviço ambulatorial em saúde mental (ESPÍRITO SANTO, 2007a). Entretanto, 32 continuavam sem serviços. Em 2008 são 48 municípios com serviços e 30 sem serviço.

A despeito dos esforços para a materialização dos pressupostos da política de saúde mental vigente, relacionados com os princípios defendidos pelo movimento pela Reforma Sanitária, o processo de implantação desta política estadual constitui ainda num grande desafio para gestores, profissionais, usuários e familiares. O documento que versa sobre a política estadual de saúde mental e o plano de ação para o período de 2004 a 2007 informa que a atenção à saúde mental ainda está centrada na lógica hospitalocêntrica, estando concentrada nas regiões Metropolitana e Sul (ESPÍRITO SANTO, 2004). Essa afirmativa é comprovada no mesmo documento que traz alguns dados, tais como: concentração dos recursos do SUS no hospital psiquiátrico e concentração de serviços ambulatoriais na macrorregião metropolitana (ESPÍRITO SANTO, 2004). Além disso, não foram ainda

⁵⁴ Não podemos deixar de registrar, no ano de 1985, a realização, em Vitória, do I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, que expressou a mobilização em nível nacional de dirigentes locais das unidades federais, estaduais e municipais inseridos na administração pública engajados no movimento pela reforma psiquiátrica, que passaram a organizar conferências e encontros locais. O documento final elaborado, "Carta de Vitória", propunha a constituição de Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental ligadas a secretarias executivas responsáveis pela gestão da política de saúde nos estados. Acreditava-se que com tais comissões haveria ampliação dos espaços de discussão, formulação e controle das políticas de saúde mental (AMARANTE, 1995).

⁵⁵ Informações obtidas de um representante do MLA no Estado, em entrevista à pesquisa.

desenvolvidos instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação das ações implantadas⁵⁶ (FERREIRA, 2005).

A autora, ao fazer uma análise dos Programas Municipais de Saúde Mental (PMSM) implantados no Espírito Santo até o ano de 2003, constatou alguns elementos na execução de tais programas, como: a saúde mental vem ocupando de uma maneira lenta a agenda de discussão e priorização das políticas municipais de saúde; ausência de orçamentos específicos para a área da saúde mental na maioria dos municípios pesquisados; não priorização da capacitação; não apresentação do Programa Municipal de Saúde Mental escrito ao Conselho Municipal de Saúde em alguns municípios; e ações de pouca abrangência de inclusão e desinstitucionalização. Dessa forma, Ferreira (2005) concluiu que a diretriz de reversão do modelo assistencial preconizada pela política estadual de saúde mental não aparece como orientação principal na execução da política pelos municípios, e, portanto, tal execução contribui de forma parcial para a ruptura do modelo tradicional de assistência.

Como meio de dar suporte aos municípios na execução dos PMSM, segundo Ferreira (2005), o Estado disponibiliza ferramentas, a saber: o Plano Estadual de Saúde Mental, a pactuação de indicadores, a avaliação continuada das ações implantadas, o monitoramento e a supervisão dos serviços, o FSMES, as capacitações, a interlocução interna com os setores da SESA e o estabelecimento de parcerias com setores fora da área da saúde. Cabe aqui ressaltar que, de acordo com Rossoni (2006), o FSMES é um dos momentos que marcam a dimensão política no processo de construção da política estadual de saúde mental (o outro momento foi a realização da II Conferência Estadual de Saúde Mental, em outubro de 2001).

Espaço de encontro, reflexão, debate, articulação e interlocução, há nove anos vem sendo realizado o FSMES (FERREIRA, 2005; ROSSONI, 2006), que envolve

⁵⁶ O plano estadual de saúde mental para os anos de 2004 a 2007 indicava um conjunto de ações programáticas compreendido entre implementação e expansão dos CAPS e serviços residenciais terapêuticos, formação e capacitação de recursos humanos em saúde mental, avaliação dos serviços prestados, articulação das redes de saúde mental e fomento aos serviços e ações para álcool e outras drogas (ESPÍRITO SANTO, 2004).

atualmente gestores e profissionais da saúde mental e de outras áreas da saúde, usuários, estudantes, estando também aberto à participação de atores da sociedade civil (ESPÍRITO SANTO, 2002a; 2006; 2007b). No interior desse Fórum é que os atores envolvidos debatem suas realidades, assinalando as novas formas de agir e de interagir no cotidiano dos serviços.

Este fórum surgiu em 1999, com o nome de Fórum de Coordenadores de Saúde Mental, como um espaço de discussão entre coordenadores de saúde mental (dos municípios e do Estado), bem como espaço de articulação política, interlocução entre esses atores e socialização das informações (FERREIRA, 2005; ROSSONI, 2006)⁵⁷. A partir do ano de 2002 passou a ser denominado Fórum Estadual de Saúde Mental, com ampliação das discussões e dos atores envolvidos (ESPÍRITO SANTO, 2002a; 2006; 2007b)⁵⁸.

O contexto de surgimento do FSMES dá-se, portanto, no curso do processo de reorientação da assistência em saúde mental no Estado, iniciado a partir de 1995. Além disso, observamos que a proposta de ampliação dos atores participantes desse Fórum deu-se em um momento posterior à realização da III CNSM, a qual reconheceu a importância da inserção da sociedade civil organizada nos assuntos da política de saúde mental, propondo até mesmo a ampliação da criação de Fóruns nas regiões brasileiras (CNSM, 2002).

De acordo com o que consta no documento que traz a síntese das propostas discutidas em fevereiro de 2002 (ESPÍRITO SANTO, 2002a), o Fórum Estadual de Saúde Mental constituiria, a partir daí, em um espaço permanente e amplo de discussão e trocas entre atores da sociedade civil e atores dos órgãos governamentais a proporem conjuntamente estratégias e instrumentos para viabilizar

⁵⁷ Podemos identificar, no estudo de Ferreira (2005), o espaço do Fórum Estadual de Saúde Mental sendo concebido por alguns gestores e profissionais municipais como um espaço que favorece o conhecimento da política de saúde mental no Estado e a socialização das informações. E no estudo de Rossoni (2006), identificamos o espaço do Fórum sendo entendido por um profissional como espaço de trocas, problematização, debate e de capacitação.

⁵⁸ Para Ferreira (2005), esse Fórum é um dos instrumentos de gestão que o Estado oferece aos municípios para a melhoria da gestão dos Programas Municipais de Saúde Mental.

novas posturas e intervenções orientadas pela lógica preconizada pela reforma psiquiátrica (ESPÍRITO SANTO, 2002a).

O objetivo geral proposto para o Fórum Estadual de Saúde Mental foi o de oportunizar estratégias para a implantação da política de saúde mental. Identificamos, nesses termos, um papel estratégico-político atribuído ao espaço do Fórum Estadual de Saúde Mental para visualizar e viabilizar condições para a implantação da política em questão. Como objetivos específicos, segundo o mesmo documento, foram elencados:

a) Definir prioridades Estadual e Regional nas ações em Saúde Mental. Nesses termos, o Fórum Estadual de Saúde Mental estabeleceria prioridades a serem desenvolvidas na área da saúde mental.

b) Elaborar estratégia para disseminar e definir a política de saúde mental no Estado. Mais uma vez encontramos no objetivo um papel estratégico-político em estabelecer e viabilizar, neste caso, definições na política.

c) Nortear a elaboração de projetos objetivando subsidiar a implantação das ações definidas para a Política Estadual de Saúde Mental. Neste, o Fórum teria uma atuação técnica no sentido de orientar projetos para contribuir na implantação das ações.

d) Fazer gestão junto aos órgãos públicos e privados para garantir a viabilidade da execução das propostas do Fórum e contribuir para que a III Conferência Estadual de Saúde Mental se realize. Nesses termos, o Fórum Estadual de Saúde Mental deve acompanhar os procedimentos necessários para viabilizar a concretização de suas propostas e incentivar a realização da III Conferência Estadual de Saúde Mental.

e) Estabelecer diretrizes para efetuar a capacitação dos profissionais e gestores que atuam na Saúde Mental (ESPÍRITO SANTO, 2002a). Ser um espaço propício à elaboração de diretrizes para a capacitação de profissionais e gestores.

O exame dessas definições e propostas contidas no documento que projeta a formatação do Fórum Estadual de Saúde Mental, a partir do ano de 2002, requer algumas reflexões e questionarmos: os atores envolvidos neste Fórum (da gestão – estadual e municipal – e da sociedade civil) têm definidos de forma clara qual o papel do Fórum? Tais atores possuem o mesmo entendimento do que seja este papel? Os objetivos elencados estão sendo perseguidos pelo Fórum?

Apreende-se que a orientação do Fórum Estadual de Saúde Mental foi formatada dentro de uma estratégia política e técnica para avançar o processo de reforma psiquiátrica brasileira, com o envolvimento de diversos atores sociais e políticos.

Assim, questiona-se: como se configura a tensão entre os dois projetos políticos antagônicos presentes na política de saúde mental brasileira, tendo por *locus* privilegiado o espaço do Fórum de Saúde Mental no Estado do Espírito Santo? E as questões norteadoras: aos projetos defendidos: a) O que se discute no espaço do Fórum acerca da política de saúde mental? b) Quais os temas que se destacam no debate? c) Há a defesa da racionalidade técnica ou de um espaço participatório que possibilite a inclusão dos atores sociais? d) Que resistências se configuram ou como são abordados nesse processo os interesses dos hospitais psiquiátricos e os serviços extra-hospitalares? e ao processo decisório: a) Quem são os atores e os interlocutores do Fórum? b) Como são elaboradas as pautas dos encontros do Fórum? c) Quem define as pautas dos encontros do Fórum?

Para tanto, o objetivo geral é identificar como o projeto democrático participativo e o projeto neoliberal atravessam a dinâmica de funcionamento do Fórum de Saúde Mental do Espírito Santo desde seu surgimento em 1999 até 2008/1. E como objetivos específicos: identificar os projetos defendidos na dinâmica de funcionamento do Fórum (buscando analisar o processo de discussão sobre a política de saúde mental entre os atores envolvidos; identificar os temas destacados nos debates; identificar as propostas formuladas; identificar as competências atribuídas para o Estado; identificar se há a defesa de uma racionalidade técnica ou de um espaço orientado para a inclusão dos atores sociais; identificar as resistências dos diferentes atores) e analisar o processo decisório na dinâmica de funcionamento

do Fórum (buscando identificar os interlocutores; analisar o processo de formulação das pautas; identificar os atores que definem as pautas).

4 FÓRUM DE SAÚDE MENTAL DO ESPÍRITO SANTO: ENTRE TRAMAS CONFLITANTES, NEM SEMPRE VISÍVEIS OU DIZÍVEIS

O capítulo que se segue terá como ponto de partida a análise do processo de constituição do FSMES, considerando os projetos políticos presentes e conflitantes que marcam o contexto de sua formação. Em seguida, serão abordados os (diferentes) sentidos atribuídos pelos atores políticos e sociais ao FSMES. Para entendermos quais são esses atores envolvidos nesse espaço, apresentaremos tal aspecto em seqüência. A fim de apreender os interesses, os projetos políticos, a relação entre atores da sociedade civil e do governo, será alvo também de análise a dinâmica de funcionamento daquele espaço.

Antes, porém, exigem-se aqui duas observações: a) o estudo não tem como objeto analisar e nem avaliar a política de saúde mental implementada pela SESA, através da coordenação de saúde mental, ou pelos municípios, mas apenas problematizar um espaço considerado estratégico pela saúde mental para o debate e o fortalecimento da área; b) não se propôs avaliar as ações individuais dos sujeitos envolvidos no estudo, mas se deteve à dinâmica dos processos na configuração do espaço do FSMES.

4.1 PROCESSO DE FORMAÇÃO DO FÓRUM: INTENCIONALIDADES, MUDANÇAS E CONTRADIÇÕES

No ano de 1999, profissionais da área da saúde mental inseridos na SESA criaram o Fórum de Saúde Mental do Espírito Santo (FSMES), então Fórum de Coordenadores. O momento de sua criação situa-se num período em que já estava em curso no Estado um processo, iniciado em 1995 (FERREIRA, 2005), de busca pela reorientação da atenção em saúde mental. Esse tem como parâmetro o processo de reforma psiquiátrica impulsionado por profissionais, usuários e familiares no âmbito nacional, e defendido e preconizado na política nacional de saúde mental. Mas, contraditoriamente, também é um momento de forte hegemonia do modelo hospitalocêntrico. É quando se verifica que, naquele ano, o Espírito Santo

registra o maior número de internações em hospital psiquiátrico (6.031) do período de 1995 a 2002 (OLIVEIRA; GARCIA, 2009).

Para dar início à estruturação da reorientação da política estadual de saúde mental em 1995⁵⁹, a equipe de transição da gestão de 1995 a 1998, adotou, como base àquela estruturação, o documento “Proposta para uma política de saúde mental do Estado do Espírito Santo”, elaborado, naquela época, por profissionais e militantes da área da saúde mental. Tal documento representou um instrumento para a discussão da política de saúde mental a ser construída, com propostas nos âmbitos do planejamento, da diversificação e valorização de recursos humanos, da municipalização e do gerenciamento e controle social para que proporcionassem a configuração da política e reestruturação da assistência da saúde mental. Os eixos organizadores adotados, e nos quais se pautavam as propostas, foram os princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica (ESPÍRITO SANTO, 1995).

É possível identificar que as propostas de reorientação, vindas dos setores sociais e políticos, baseavam-se no entendimento de que as ações de saúde mental, a partir de meados da década de 1990, deveriam orientar-se pela concepção de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado através de

[...] formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990, sp).

Nesses termos, e orientando-se pelo pensamento político-ideológico contra-hegemônico da reforma psiquiátrica, difundia-se para o Estado a necessidade de estruturação de uma atenção pública, comunitária e de base territorial, contrapondo-se à realidade da saúde mental no Estado: hospitalocêntrica e que não assegurava uma atenção mínima em serviços extra-hospitalares.

⁵⁹ O intuito aqui não é discorrer sobre a trajetória da reestruturação da assistência em saúde mental no Estado, mas resgatar algumas características da segunda metade da década de 1990 na área, para a compreensão do contexto de surgimento do *lócus* de estudo – o FSMES.

Buscava-se, naquele momento, dar início a um processo de superação do modelo hegemônico de centralização da atenção nos hospitais psiquiátricos, tão rentáveis ao poder econômico dos representantes do grande capital. O documento supracitado denunciava a ineficiência do modelo hospitalocêntrico hegemônico pela constatação de que em 70% dos casos de internação a duração ultrapassava um ano e também pelas reinternações freqüentes (ESPÍRITO SANTO, 1995).

A análise dessa situação requer ultrapassar o campo da saúde mental e contextualizar o cenário nacional e local: nesse momento o país passava por um fortalecimento dos ideais neoliberais com a implementação de contra-reformas econômicas na máquina estatal visando à retomada de crescimento que só seria possível se o Estado se voltasse para o mercado.

No Estado do Espírito Santo, os anos subseqüentes à eleição governamental para a gestão 1995-1998, por mais que o partido eleito difundisse e representasse a expectativa de ideais democráticos e participativos na gestão das políticas públicas, e a despeito de ter iniciado naquela administração o processo de reorientação da assistência na área da saúde mental, Scherer (2005) mostra que a gestão política-administrativa, no decorrer daqueles anos, foi permeada por conflitos e tensões: a gestão estadual foi acusada pelo partido do governo de vínculos deste às ações neoliberais, por meio de reformas e políticas desestatizantes⁶⁰. A saúde passava por crises: médicos em greve, pedidos de demissões de profissionais e do secretário da saúde, falta de verba e de recursos humanos em hospitais, levando ao fechamento de alguns desses setores (SODRÉ, 2002; VITOR..., 1996).

Frente aos problemas enfrentados nesta área, a matéria veiculada no jornal A Gazeta, no dia 13 de setembro de 1996, informa: “O governador Vitor Buaiz admitiu [...] que o Estado ‘é impotente’ para resolver sozinho a crise que a área da saúde atravessa no Espírito Santo [...]”. Os dados mostram que em 1996, 73,23% da verba do SUS foi para o atendimento complementar nas unidades filantrópicas e privadas (VITOR..., 1996).

⁶⁰ O objetivo aqui não é estabelecer um discurso partidário de defesa ou crítica à gestão 1995-1998, mas sinalizar que o momento de início do processo de reestruturação das ações em saúde mental foi um período onde ocorriam grandes conflitos e tensões àquela administração do Estado, portanto, não se tratava de um contexto linear.

No âmbito da saúde mental, a hegemonia manicomial ainda atravessaria toda a década de 1990 no Estado. No final do ano de 1999, os dados demonstravam que o Espírito Santo estava marcado predominantemente pela atenção tradicional hospitalocêntrica. Os números de internações e valores dos recursos financeiros pagos, segundo o que consta nos Relatórios de Gestão da coordenação de saúde mental da SESA dos anos 2000 e 2001, estavam assim dispostos: a internação psiquiátrica dos que residiam no Estado atingiu o marco dos 11.137 em 1999, sendo pago R\$ 5.782.949,96 em recursos financeiros neste mesmo ano (ESPÍRITO SANTO, 2001; 2002b); e nos anos seguintes, aqueles documentos mostram ainda que, embora tenha ocorrido uma pequena redução no volume de atendimento de 7,3% em relação ao ano de 1999, e, em 2001, uma redução de 4,6% em relação ao ano anterior, os valores pagos no ano de 2000 não reduziram na mesma proporção que dos números de internações, tendo sido de apenas 0,16% em relação a 1999, e ainda houve um aumento em 2001 dos valores dos recursos financeiros, em relação a 2000, de 6,3%, indicando um aumento no tempo de permanência nas internações (ESPÍRITO SANTO, 2001; 2002b). Mostrando outros números, mas confirmando o teor dos mesmos, o levantamento feito no *site* do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) no corrente ano, por Oliveira e Garcia (2009), mostra que houve uma tendência de alta dos índices de internações psiquiátricas no período de 1995 a 1999.

Há entre os dados acima um desencontro de informações em relação aos números, mas se quer aqui enfatizar que eles demonstram uma realidade do período de hegemonia das medidas hospitalocêntricas. Tal hegemonia pressionava, aos gestores envolvidos com a mudança do modelo, a formulação e construção de novas medidas e estratégias que pudessem favorecer o processo de reorientação do modelo assistencial em saúde mental – logo, não somente uma motivação dos técnicos envolvidos.

Para termos uma idéia da composição dos serviços em 1995, o estudo de Ferreira (2005) mostra que existiam 530 leitos privados contratados, enquanto leitos públicos eram 391, totalizando 921 leitos psiquiátricos assim distribuídos nos hospitais à época: Adauto Botelho (HAB) – Cariacica, com 350 leitos; Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (CAPAAC) – Cachoeiro de Itapemirim, com

35 leitos; Clínica de Repouso Santa Angélica (Vitória), com 180 leitos; Clínica Santa Isabel (CSI) – Cachoeiro de Itapemirim, com 350 leitos; e 6 leitos no Hospital Geral São Lucas. Enquanto isso, apenas nove municípios possuíam serviços ambulatoriais com profissionais de saúde mental, distribuídos de maneira dispersa e sem articulação (FERREIRA, 2005).

Foi proposta para a estruturação da política estadual de saúde mental e a reestruturação da assistência em saúde mental a partir de 1995, entre outras ferramentas, a ênfase na integralidade das ações, na descentralização que demandaria “[...] um trabalho junto aos municípios onde [...] possam ser implantados serviços efetivos de atenção à saúde mental, integrando as informações e subsidiando tecnicamente na capacitação das equipes de saúde do interior do estado” (ESPÍRITO SANTO, 1995, p. 2). Verifica-se aqui uma dimensão gerencial da proposta e definições de quem seriam os papéis: o Estado dar o devido suporte aos municípios, qualificando suas equipes de saúde, por exemplo, via capacitações – já que a maioria desses municípios carecia de conhecimentos do que representava a mudança para uma nova perspectiva em saúde mental –, e aos municípios caberia a implementação dos serviços.

Apostava-se, para assegurar a (re)inserção social da pessoa com transtorno mental, na construção e integração em rede, havendo nesta estrutura o investimento não só na sociedade política, mas também na sociedade civil. Considerava que “[...] é **necessário** o envolvimento de **amplios setores da sociedade, vários atores sociais**, com o intuito de um **contínuo repensar e reinventar de práticas**, absorvendo as contribuições originais de cada segmento” (ESPÍRITO SANTO, 1995, p. 2, grifo nosso). A indicação aqui é de uma dimensão política e social para a política de saúde mental, entendendo que os processos de estruturação da mesma requerem a atuação de diferentes segmentos sociais, logo, atores da sociedade civil deveriam ser e estar envolvidos em tais processos. Entre esses atores, destacava-se o papel do MLA e sua influência sobre a conformação da política estadual naquele momento:

“[...] a Luta Antimanicomial ela tava muito integrada com a proposta da política, né?! e [...] o grupo que participava na Luta Antimanicomial, né?! das discussões, é...

*não eram só profissionais de saúde mental, né?! Então você **tinha profissionais de saúde mental, você tinha o pessoal da pastoral**, entendeu? é, é... **a gente fazia inclusive reunião lá na Cáritas**, né?! uma época a gente fazia... é... reunião ali na Cidade Alta, na Cáritas Diocesana, que era cedido pela Pastoral. Então assim, **você tinha pessoas ligadas a movimentos sociais**, né?! **você tinha usuários**... ah... ah... pessoas ligadas [...] a... é... como é que é? movimento **comunitário de bairro**, então a gente tinha de vários bairros, né?! representantes, ou mesmo [...] o presidente dessas associações, né?! [...] Então a gente teve isso, na saúde mental [...]. [...] **tinha uma rádio que era ligada a Pastoral**, que a gente ia pra lá porque é... **tinham entrevistas**, né?! – como é que esse negócio? – **o que vai acontecer com o Aduino Botelho?** então **tinha** uma coisa mais efervescente, né?! **um interesse muito grande** assim da... [...] principalmente a Pastoral, assim, né?! com essa coisa, **com a questão [...] da saúde mental**, né?! eles identificavam as pessoas no bairro que precisavam de tratamento e tal” (G3).*

O entrevistado atribui uma importância ao envolvimento do movimento social em saúde mental naquele processo. Assinala que a composição do Movimento da Luta Antimanicomial no Estado àquela época integrava, além de profissionais e usuários da saúde mental, outros setores da sociedade civil, como a Pastoral da Igreja Católica e os Movimentos Comunitários⁶¹. A proposta de mudanças de saberes e do modelo de atenção – a Reforma Psiquiátrica – deparava-se também com os receios da comunidade, afinal, como bem explicitado na fala: “o que vai acontecer com o Aduino Botelho?”. Aqui a questão era: “onde serão internados?” Era então uma proposta contra-hegemônica: impactava na histórica e hegemônica valorização dos hospitais psiquiátricos que vê nas internações o meio mais eficiente de tratamento – defendido fortemente pelo grupo que reproduz tal modelo a fim de obter benefícios lucrativos. Mas também não podemos esquecer, naquele momento de difusão de uma proposta radicalizada, dos temores de familiares, frente às alterações propostas, do que fariam com seus entes com transtorno mental.

⁶¹ Não se propõe o estudo a analisar a trajetória do MLA do Espírito Santo, mas é possível identificar nas falas de G3 e C1 uma mudança na composição desse movimento: “[...] o que eu identifico naquele momento, era uma coisa, assim, bem diferente do que acontece hoje [...] o grupo que participava na Luta Antimanicomial, né?! das discussões, é... não eram só profissionais de saúde mental, né?! [...] então a discussão era uma discussão diferente [...] do que é hoje, né?! assim, [...] do que é hoje a Luta Antimanicomial, assim, né?! que eu não tô participando mais das reuniões, mas assim, o que eu tenho notícia é que é mais é... a participação é mais assim [...] do pessoal [...] da saúde mental, né?! pessoal da saúde mental” (G3); O representante da sociedade civil nos informa “[...] tem [...] a participação ativa, tem profissionais dos três CAPS, quase sempre presentes [...] sempre tem garantido a participação de usuários [...] basicamente são representantes dos dois serviços, do CAPS da Ilha e o CAPS Metropolitano [...] começa também a aparecer gente das unidades de saúde, os técnicos das unidades de saúde, levando usuários também” (C1). Percebe-se que C1 cita a composição com técnicos e usuários principalmente dos serviços de saúde mental, não há referência de outros segmentos da sociedade civil.

O novo projeto para ganhar forças precisaria ser difundido nos diferentes estratos da esfera da sociedade civil. Nos é informado então um movimento de inserção da discussão em outros espaços, não apenas da saúde mental. No discurso de G3 há uma direção que nos aponta que a articulação dos diferentes atores sociais e políticos organizados em defesa de uma sociedade mais justa potencializa os projetos políticos defendidos por tais atores.

O momento retratado (década de 1990) trata-se de um período de refluxo dos movimentos sociais em face dos mecanismos de contenção de sua politização. Mas há que se notar que o projeto contra-hegemônico defendido por diferentes atores sociais não deixou de existir, continua atuando. Assim, o MLA, naquele momento de retorno de suas atividades, mobiliza-se a favor da construção de uma política com novos pilares. Foi em 1996 formulada a Lei estadual nº 5267, dispondo sobre os direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental. Atentamos que ela é anterior à Lei nacional de 2001. O que, mesmo diante das resistências, a gestão da saúde mental no Espírito Santo, assim como em outros estados, iniciava um movimento de busca pela reversão do modelo hegemônico.

Diante de tal cenário é possível identificar na fala de um dos entrevistados, ao descrever o contexto político estadual do momento da criação do FSMES, a existência de dois sentidos na trajetória da saúde mental nos marcos de fins da década de 1990

*“[...] basicamente [...] **uma ação naquela época hospitalocêntrica, base hospitalocêntrica, forte, e... um movimento pela reforma, né, pela mudança de modelo, esse hospitalocêntrico, para o extra-hospitalar [...]** Em noventa e nove, já em noventa e nove, antes um pouquinho da, da, da constituição desse Fórum **já havia já é... ensaios dentro do hospital psiquiátrico Aduato Botelho** e de sua equipe, comprometida e compromissada **com a mudança** e com... **com a implantação de uma nova modalidade de atenção [...]**” (G1).*

Nessa época, a política estadual de saúde mental já tinha iniciado a formatação de algumas ações, como, ainda na gestão governamental de 1995-1998, intervenções, na lógica da busca pela reestruturação da assistência em saúde mental, nos quatro hospitais especializados na época, como atividades para promover a adequação dos mesmos; capacitações e treinamentos de profissionais inseridos nos serviços

ambulatoriais e hospitalares; o início da condução da municipalização da saúde nos municípios, com a realização de seminários microrregionais, favoreceu discussões da saúde mental com a sociedade civil. Além disso, segundo Ferreira (2005), nas duas gestões de Governo posterior àquela foi dada continuidade às diretrizes da reforma psiquiátrica.

Para ilustrar a situação crítica de um dos serviços em meados daquela época, um outro entrevistado descreve:

*“[...] o Hospital Adauto Botelho, o que que era o hospital naquela época? Ele era um hospital é... com **trezentos e cinqüenta leitos**, mas sem nenhuma... a, a... pra você ter idéia assim: se o paciente tava em surto, com quadro agudo, ele era, ele era internado onde tivesse vaga, assim, não existia um local específico pra quem tivesse quadro agudo, um local específico pra quem já tivesse mais tempo, né?! de permanência, porque, na verdade, a clientela era uma clientela sempre de **longa permanência**, né?! mais de oitenta por cento da clientela internada não eram pessoas em crise, eram **pessoas que moravam no hospital**, né?!” (G3).*

O HAB à época exemplifica as precárias condições de funcionamento das instituições psiquiátricas que marcaram, de forma predominante, a trajetória da assistência à saúde mental no Brasil por mais de um século. A longa permanência foi (ou é) um recurso muito utilizado nesses tipos de serviços devido a vários e diferentes fatores: aos hospitais privados – a rentabilidade da indústria da loucura –, já que, quanto maior o tempo de internação, maiores serão os recursos públicos financeiros repassados aos serviços; aos públicos – o abandono e ausência de condições de tratamento; em ambos – públicos e privados – a reprodução do lugar do louco na sociedade capitalista: excluí-los e asilá-los dos ditos “normais”.

Um documento do Ministério da Saúde de 1983 já destacava:

O **macro-hospital**, assim estruturado, atende mais aos anseios mediatos, ora das famílias, desorientadas frente à existência de “episódios” psicopatológicos e conflituosos, ora da sociedade, que tende a excluir e asilar os indivíduos quando tornam-se improdutivos [...] (BRASIL, apud JORGE, 1997, sp, grifo do autor).

Para superar tal quadro de desrespeito aos direitos humanos dos ditos “loucos”⁶², ações dentro e fora do HAB eram necessárias. E também os desafios para mudar esse quadro. Uma das primeiras medidas tomadas foi⁶³:

*Em noventa e seis [...] a gente tinha feito uma coisa muito arrojada pra época, que era o seguinte: é... **indicamos pra... direção do Aduino Botelho** [...] uma psicóloga, tá? [...] o Aduino Botelho, quando essa equipe entrou lá, era um... um... um hospital que tinha um diretor, acho que há nove ou há doze anos, o mesmo diretor, né?! e aí a gente indicou **uma pessoa que tava mais sintonizada com a proposta, era uma psicóloga, primeira vez não era um médico, né?! e... é... a gente tentou então dá um apoio [...] então a gente não só tava trocando... introduzindo uma, uma, uma pessoa, né?! assim, uma indicação mais arrojada, como também com **uma proposta muito arrojada pro hospital que desconhecia toda essa questão da reforma psiquiátrica na época, né?!**” (G3)***

Dois aspectos se evidenciam nesta fala:

a) Encontra-se aqui uma outra característica na trajetória da política de saúde mental no país, que, por muitos anos, considerava-se a questão do transtorno mental uma problemática hegemonicamente biológica e, portanto, de domínio de um único saber. Assim, desconsideravam-se os diversos outros fatores envolvidos na história de formação e constituição daquele. Pensamento este que foi questionado pelo movimento pela reforma psiquiátrica. Na política nacional hoje vigente, preconiza-se o modelo de atenção psicossocial, que considera necessárias e fundamentais a diversidade de áreas de intervenção e atores envolvidos no processo de tratamento

⁶² É importante lembrar que a Resolução 46/119, de 17 de dezembro de 1991, aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), é um marco histórico na área dos direitos às pessoas com transtorno mental, abordando a assistência a um único grupo de doenças (BERTOLOTE, 1995). Sua origem remonta ao processo iniciado nos anos de 1970, “[...] quando a Comissão dos Direitos Humanos da ONU passou a examinar a questão do abuso da psiquiatria para fins de controle de dissidentes políticos. O escopo do trabalho ampliou-se de uma preocupação inicial com os critérios diagnósticos em uso em certos países para incluir o exame de maneiras de proteger os doentes mentais de fato e, finalmente, maneiras de melhorar a assistência à saúde mental, em geral” (BERTOLOTE, 1995, p. 153).

⁶³ O Hospital Aduino Botelho, por um longo período de sua existência, ofereceu uma precária assistência caracterizada por falta de estrutura, superlotação, péssimas condições de trabalho, descaso e maus-tratos aos usuários internados. Nos últimos anos, a unidade passou por mudanças, como redução do número de internos, reformulações de suas instalações e busca por um tratamento mais humanizado, fruto do processo de reorientação assumido pela política estadual e nacional de saúde mental. Entretanto, conforme matéria sobre o hospital no portal de notícias “Gazetaonline”, do dia 13/12/2008, há ainda vestígios do modelo tradicional isolador: 80 internos vivendo no asilamento; a maioria dos residentes da unidade perdeu laços familiares ou qualquer outra referência social, outros com longo tempo de permanência na instituição, de no mínimo três décadas (FERNANDES, 2008).

dos usuários dos serviços. Assim, novas práticas eram necessárias e, para conduzir esse processo, era necessário mudar.

b) Vislumbra a resistência histórica de diretores de hospitais psiquiátricos às mudanças preconizadas de reorientação do modelo. Mudar aqui representava transferir o poder decisório das mãos do psiquiatra para as do psicólogo.

Meneses e Yasui (2009, p. 218) ilustram isso ao problematizarem o lugar hegemônico da psiquiatria: “Vinda de uma tradição asilar e normatizadora, a psiquiatria, quando exercida dentro do espaço físico do hospital psiquiátrico, parece abrigada e protegida das ambigüidades e ilogicidades de seu discurso fundante”.

Observa-se que o pensamento orientador das projeções de uma mudança do modelo técnico, político e assistencial vislumbrado na segunda metade da década de 1990 no Espírito Santo, condizia com os pressupostos políticos e ideológicos da reforma psiquiátrica. Mas, aliado ao desejo de implementar mudanças, o Estado do Espírito Santo (através da secretaria da saúde) não possuía instrumentos legais (nem dispunha o MS) para tal processo.

Identifica-se que no contexto político do período de formação do FSMES há a presença de dois blocos antagônicos acerca do modelo de atenção à saúde mental: um de manutenção, o projeto neoliberal, que reforça práticas hospitalocêntricas, incentivando altos investimentos nas internações psiquiátricas e fortalecendo a privatização da política de saúde mental para a ideologia da lucratividade dos grandes empresários da loucura, sem se importar com os direitos de cidadania dos usuários; outro, em direção à mudança, o projeto contra-hegemônico da reforma psiquiátrica, que se orienta para a construção de um novo saber, de uma nova cultura, para a desinstitucionalização do sujeito e para um novo modelo de assistência pública que favoreça à inserção das pessoas com transtorno mental na sociedade dispendo de seus direitos de cidadania.

A proposta de criação de um Fórum na área da saúde mental parte da SESA, através da coordenação de saúde mental:

*“[...] – ah, [...] nós precisamos de ter... mais encontros, mais espaços pra encontrar porque... na verdade, a gente se colocava muito mais pela via das dificuldades, assim: quais são as dificuldades, né?! pra implantação da política? e elas são coletivas, e **não dá pra pensar na política de saúde mental se não... não... não houver envolvimento desses vários atores** [...] era uma... uma convicção que a gente tinha na coordenação de que não adiantaria termos uma coordenação estadual se ela não tivesse uma ressonância nos municípios, **não dava pra pensar a política sozinha**. Até porque, você também tem um... é um risco muito grande, **como é que você vai pensar de dentro de uma secretaria de estado, uma política pro Estado como um todo?!**” (G2).*

A coordenação explicitava aqui que a via de mudança requeria ação política, técnica e ideológica. Era preciso reunir força política para assegurar o outro curso das mudanças; era fundamental construir novas experiências, práticas que fossem viáveis e era preciso influir na concepção de transtorno mental. Ou seja, era preciso colocar a loucura na praça.

A proposta de criação do FSMES se dava pela necessidade de aproximar as gestões das esferas estadual e municipal no âmbito da saúde mental e assegurar alguma coesão da política de saúde mental ao nível do Estado. Evidencia-se o momento pelo qual passava o país após as determinações legais da saúde deflagradas a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde no que tange aos processos de formulação e implementação dessa política pública.

Nos anos de 1990, o Estado brasileiro, no campo das políticas setoriais, e especialmente a política de saúde, passava por um amplo movimento de discussões e implementações de normalizações para a efetivação do SUS e, particularmente, do processo de descentralização, o caso das Normas Operacionais Básicas (NOBs) publicadas durante aquela década (em 1991, 1992, 1993 e 1996), dando início à descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil. Em tal dinâmica, mesmo reconhecidos os progressos para a saúde, desde a forma de concebê-la à forma de organização da estrutura do sistema preconizada na política nacional, advindos com os princípios adotados a partir da Carta Magna de 1988 (SCATENA; TANAKA, 2001), emergiam também olhares críticos à forma com que vinha sendo operado o processo de municipalização, que, para alguns autores, foi implementado sem definições claras das competências de cada nível de governo. Em muitos casos, houve transferências de responsabilidades sem o devido repasse de condições que

viabilizassem aos municípios exercerem o papel preconizado, isto é, houve no processo apenas uma autonomia administrativa e não financeira (SILVA, 2004). Portanto, na área da saúde, o Brasil naquela década, além de passar por um período caracterizado com um novo contexto político, sensível às pressões dos grupos privados, lançava novas normalizações direcionadas à efetivação do SUS.

Assim, o momento de criação do FSMES:

“[...] na secretaria da saúde se discutia a questão da descentralização [...] a idéia era que... ah... todos os pontos de atenção pudessem [...] tá desempenhando ações” (G3).

Acompanhando a dinâmica do movimento do setor saúde naqueles anos na saúde mental o Estado começa a ter um novo papel, o de regulador, e os municípios a responsabilidade pela gestão dos serviços. No ano de 2000, a coordenação estadual de saúde mental elabora o documento “Política Estadual de Saúde Mental”, dando continuidade à direção adotada pelas propostas formuladas no documento de 1995, porém, com uma nova formatação. No documento de 2000, a SESA prevê o papel regulador, normalizador e fiscalizador, e a responsabilidade pela criação e execução dos serviços por parte dos municípios⁶⁴. Nesse sentido, o relatório de gestão da coordenação estadual de saúde mental do ano de 2000 preconiza a importância de uma ação conjunta entre Estado e municípios, para propiciar a ampliação dos serviços em saúde mental (ESPÍRITO SANTO, 2001).

No ano de 1999, ano de criação do FSMES, o Estado do Espírito Santo, após eleições estaduais em 1998, passou a estar sob uma nova gestão administrativa para 1999 a 2002 (Governo José Ignácio Ferreira) –, gestão essa marcada por momentos de grandes tensões, quando entre 2001 e 2002 uma série de acusações de corrupções foi feita à administração do Estado (A LONGA... 2008). No âmbito da saúde mental, de acordo com Ferreira (2002), a lógica de reorientação da atenção em saúde mental, orientada para a reforma psiquiátrica, que estava em curso no Espírito Santo desde meados daquela década, teve continuidade.

⁶⁴ Informações obtidas da coordenação estadual de saúde mental no ano de 2004 em entrevista à pesquisa de Reis e Garcia (2005).

A criação do FSMES em 1999 compunha um movimento de fomentação de debates e de articulações para se pensar e propor a política estadual de saúde mental:

“... E quando a gente viu que precisávamos pensar política de saúde mental e refletir, né?! criar esse espaço, né?! esse espaço de... de... encontro e de reflexão e de proposição, porque no fundo o objetivo era esse. Era que a gente buscasse... é... refletir, mas propor efetivamente, né?! a política de saúde mental no estado” (G2).

Em 1999, o espaço do Fórum contribuiria, segundo dois entrevistados, para a formação do novo modelo de atenção à saúde mental:

“[...] ele inicia timidamente com alguns profissionais preocupados e comprometidos com a política e com a reforma, né?! com a mudança do modelo, né?! em saúde mental, ele se inicia lá então timidamente com alguns profissionais” (G1).

Naquele momento de 1999, esses atores se restringiam aos gestores de saúde mental:

“[...] surge, inicialmente, como um Fórum de Coordenadores de Saúde Mental [...] os nossos registros de memória [...] falam em segundo semestre de noventa e nove [...]” (G2).

A mobilização em defesa da superação do modelo opressor e excludente para um modelo de atenção comunitária, orientada em assegurar os direitos dos usuários a uma assistência digna e humana, começou com a iniciativa de trabalhadores organizados no MTSM. Assim, a inserção de técnicos originários daquele movimento no aparelho estatal, seja federal, estadual e/ou municipal, possibilitou, e ainda permite, significativas mobilizações nos territórios de atuação em torno da reorientação da assistência. Assim, o relato de G1, assinalando quais foram os primeiros atores a formarem o FSMES, reafirma a importância de haver, em tais espaços, atores que convergem com os pressupostos do projeto da reforma psiquiátrica para proporcionar a viabilização da efetivação de um novo modelo de atenção em saúde mental.

Outro aspecto fundamental para se pensar aqui, e que é fundamental na perspectiva democrática participativa para a construção democrática nas políticas públicas, diz

respeito a não termos uma visão homogeneizada da esfera estatal e da esfera da sociedade civil, como se aquela fosse o pólo do mal e esta o das virtudes. Dessa forma, ao ser constatado que o FSMES surge de atores ocupantes de cargos públicos estaduais, e, portanto, representantes do governo, indica que havia naquele momento atores no aparelho estatal engajados em viabilizar novos espaços por onde se pudesse transitar o debate em curso naquele momento de processos de mudanças na saúde mental. Enfim, trazia para a cena política a sobreposição de papéis – gestores da política de saúde mental e militantes do MLA.

Mas o ano de 1999 trazia também outra particularidade no cenário nacional que teve rebatimentos para as estratégias e medidas arquitetadas na política de saúde mental no Espírito Santo naquele momento. Foi quando o MS publicou a Lei nº 1077, de 24 de agosto de 1999, com a finalidade de implantar o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área da saúde mental, integrando as unidades da rede pública de atenção ambulatorial de saúde mental. Define como fontes financiadoras as gestões federais e estaduais do SUS, cabendo aos gestores dos estados e do Distrito Federal a coordenação da implantação do Programa em seus âmbitos de atuação (BRASIL, 1999). E foi com esta medida que o entrevistado G2 atribui a necessidade de aproximar os contatos entre os gestores estaduais e municipais – e, assim, os espaços que agregariam tais atores teriam um papel privilegiado nesse processo – quanto ao processo de aumento de serviços de saúde mental no Estado, principalmente no ano de 2000:

*“E aí, assim, o ano de noventa e nove, ele é significativo também, uma avaliação que a gente faz, porque [...] **com a portaria de medicamentos...** em dois mil a gente viu a, a, a ampliação dos serviços de saúde mental no Estado [...] ela refletiu num, no crescimento dos serviços de saúde mental [...] **pra ter acesso [...] ao programa de medicamento de saúde mental, o município precisaria ter um serviço, certo? Como dizia a portaria. Que serviço? CAPS? Aí nós dissemos: – não, não só CAPS, mas as equipes de saúde mental, né?! porque muitos municípios não tinham equipes suficientes pra CAPS, e, e hoje, depois a gente viu, em dois mil e dois, nem a base populacional, porque antes de 2002 não tinha o corte da base populacional [...] dizíamos o seguinte: então o gestor deve comunicar quem é a equipe, onde funciona, os horários de funcionamento, mesmo que quinzenal, mesmo que mensal e indicar um coordenador municipal de saúde mental, né?! Então a gente, assim, é... a gente conseguiu fazer essa amarração, até porque a intenção era que esse coordenador fizesse essa interlocução, né?! Porque se você tem uma equipe [...] que funciona ou que faz o atendimento mensal, como alguns municípios são até hoje, ou quinzenal, e mesmo semanal, com quem***

“você vai fazer interlocução? Então a gente precisava de alguém pra fazer essa interlocução” (G2).

O entrevistado G2 nos informa um momento de impulso ao início de estruturação de ações para a saúde mental em alguns municípios, em que, sendo o medicamento uma demanda nos processos de tratamento, exigia-se organização das atividades.

Para um entrevistado, a expectativa do Estado com a formação do Fórum era o de promover a consolidação e discussão da política de saúde mental:

“Expectativa é **consolidação** de fato de uma **política voltada para os interesses da população**, voltada para uma, uma **melhora da qualidade de atenção**, essa é a grande expectativa. E a, as **discussões** todas em, em... **de temas pertinentes à política e a saúde mental em si, proporcionando exatamente mudança à lógica de atenção**” (G1).

Nesse período, havia, efetivamente, quatro anos que se tinha iniciado o processo de reestruturação da assistência à saúde mental no Espírito Santo. Tratava-se de um cenário ainda recente de discussão e formulação da política com um novo modelo de concepção e de atenção, estando incipiente as ações desenvolvidas. Por isso, um aspecto nesta fala que nos impulsiona a questionar é se de fato naquela época a expectativa já era a de consolidação ou de fomento às discussões para o processo de formação e proposição da política que já vinha sendo construída, de uma forma mais efetiva a partir de 1995, e convertida já em algumas ações, pois, embora já fossem realizadas atividades concretas, a maioria dos municípios ainda não estava com estruturação e realização de ações em saúde mental, e, além disso, cabe aqui lembrar, que a aprovação da legislação nacional da reforma psiquiátrica era um processo que ainda estava em curso no país.

Para G2:

“[...] a gente viu que precisávamos **pensar política de saúde mental e refletir, né?! criar esse espaço, né?!**” (G2).

O FSMES não foi fruto de um projeto, de um planejamento ou ainda de um estudo sistemático sobre o que, como, por quê, para quem... se constituiria aquele espaço:

*“[...] Sabe aquela coisa do... de... porque **nós não paramos pra montar, elaborar um projeto pra constituição do Fórum** [...] ele não surge de um projeto, assim, de um projeto que foi escrito... que foi definido. Ele foi se constituindo no seu processo, ta? **Ele se constituiu nesse processo.** Então, assim, é... **instituído legalmente esse Fórum não... ele não é instituído legalmente ou por portaria, ou por um projeto, né?! ele se constitui no seu processo**”. (G2).*

“Ele se constituiu no seu processo”. A expressão nos indica que, mesmo não contando com um respaldo legal para a sua instituição, a mobilização política dos atores, desde os primeiros momentos quando ainda chamava-se de uma reunião, possibilitou a aglutinação de forças que foram fundamentais para a constituição e sustentação do espaço que mais tarde receberia a denominação de Fórum de Saúde Mental. Ao ser questionado sobre qual modelo de Fórum foi proposto para a constituição do FSMES, esse mesmo entrevistado fica na insegurança: “Ai que pergunta difícil! (risos)”. Mesmo demonstrando insegurança, e até mesmo surpresa diante da pergunta, diz:

*“[...]... **eu acho que a idéia do Fórum ela sai exatamente dessas várias experiências que a gente vinha vivenciando nas políticas públicas, assim, da discussão dos próprios conselhos, né?! da... o processo de implantação** [...] Era dessas várias experiências que a gente vinha no campo das políticas públicas, que acabou sendo de... de... de inspiração, assim. **Um [...] espaço que aglutinasse, que agregasse pessoas, que... enfim, apontasse rumos** [...] Então, acho que assim, a inspiração do Fórum, ela sai, ele sai desses, desses vários momentos: do conselho... de ver na participação dos conselhos, desses... das outras áreas, nas políticas públicas que já vinham, né?! que sempre teve esse **apelo pelo coletivo. Discutir coletivamente, propor coletivamente, as políticas públicas**, entendeu? Então assim, não teve uma... né?! não teve uma deliberação, assim, da, da coordenação, né?! E depois... engraçado, né?! como que as coisas fazem, e como a gente também fez, e ficou muito centrado... é... a gente, por exemplo, existe o Fórum Mineiro de Saúde Mental, que **a gente só descobriu o Fórum Mineiro bem depois.** Então, assim, ele já existe há muito tempo, mas nós também não tínhamos essa interlocução [...] acabamos descobrindo ele bem depois [...]” (G2).*

Neste discurso, há a relação entre o surgimento do FSMES e o processo de busca pela democratização do país na perspectiva democrática participativa, desencadeado na década de 1970, defendendo a constituição de espaços públicos participativos, que começaram a ser implantados a partir das duas últimas décadas do século passado: “várias experiências que a gente vinha vivenciando nas políticas públicas”. “Espaço que aglutinasse, que agregasse pessoas, que... enfim, apontasse rumos”, ou seja, um espaço de debate entre vários atores e de proposição de pautas

à política de saúde mental. O destaque conferido àquele espaço por G2 é o caráter coletivo, logo, um espaço por onde transitasse vários atores. Nesses tipos de espaços com diferentes atores sociais e políticos transitam as concepções e intencionalidades dos mesmos. É um espaço de exercício de influência e de difusão dos princípios da Reforma Psiquiátrica⁶⁵.

Não se pode perder de vista que a política nacional de saúde mental estava latente com pressões de segmentos a favor da reforma psiquiátrica, cobrando do governo ações públicas ao encontro dos princípios do movimento pela reforma psiquiátrica. Mas, por outro lado, existiam também as pressões contrárias a este movimento. Logo, era um momento de pressão, já que a lei da reforma psiquiátrica ainda não estava regulamentada, e, ao mesmo tempo, já havia um movimento de estruturação de serviços em regiões no país na lógica de inserção dos sujeitos.

Os atores que iniciaram o movimento para a formação daquele espaço estavam orientados pela perspectiva do projeto da reforma psiquiátrica – cujo movimento social emerge inserido no processo da luta pela democratização brasileira, e, portanto, na direção contra-hegemônica da ideologia dominante. A denominação inicial era “Fórum de Coordenadores de Saúde Mental”, mais precisamente chamava-se de “Reunião do Fórum”, “Reunião de coordenadores de saúde mental”.

⁶⁵ Em um documento que apresenta o Fórum Mineiro de Saúde Mental, sem data, acessado na pasta de documentação do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do Espírito Santo, define-o como uma “entidade da sociedade civil, sem fins lucrativos, apartidária, reconhecida como de utilidade pública pelo município de Belo Horizonte” (FÓRUM..., 199-?, sp). Informa ainda que articula usuários, familiares e trabalhadores da área da saúde mental. A bandeira de luta é a busca pela extinção da lógica manicomial e o resgate da cidadania das pessoas com sofrimento mental. Entre as propostas e princípios defendidos, o documento elenca: para a abordagem às questões envolvidas na exclusão social da loucura, considera “[...] como indispensável a organização da sociedade civil, envolvendo os próprios excluídos, na luta pela promoção efetiva de políticas sociais que garantam os direitos dos cidadãos” (FÓRUM..., 199-?, sp) “aposta nas iniciativas políticas, jurídicas, culturais que criam, possibilitam e marcam a presença da loucura na cidade” (FÓRUM..., 199-?, sp). A direção nesses termos indica uma dimensão política e social nesse espaço. Um dos representantes da sociedade civil entrevistado, ao relatar sobre a época em que surgiu a proposta – que não foi concretizada – por parte da equipe da coordenação de saúde mental da SESA, de ampliar o espaço do FSMES e agregá-lo ao Núcleo Estadual de Luta Antimanicomial aqui no Estado (em 2002, momento abordado mais adiante), acha que a idéia se baseava no modelo do Fórum Mineiro de Saúde Mental “[...] a idéia do Fórum, **quando começou esse namoro, acho que _____ (cita nome) teve, tinha esse modelo do Fórum Mineiro de Saúde Mental, que congregava um núcleo estadual e ele tinha realmente um caráter bem coletivo mesmo, né?! ele tinha um formato e... [...] de ter esse Fórum (C1).**

“[...] ele surge inicialmente como Fórum de Coordenadores de Saúde Mental [...] como uma reunião de coordenadores de saúde mental. E naquele momento uma reunião de coordenadores basicamente com os atores da Grande Vitória. Em noventa e nove a gente tinha um número muito menor de serviços e dessa representação chamada coordenador, no Estado, e a gente chamou pessoal da Grande Vitória, quer dizer, os mais próximos, com mais facilidade de estar vindo [...]” (G2).

No momento inicial, eram poucos os atores nesse processo. Segundo G2, os municípios que estavam representados nas primeiras reuniões foram Vitória, Cariacica, Viana e Serra – Vila Velha se insere mais tarde. E, no decorrer do processo, *“[...] a gente foi sentindo a necessidade [...] ó: – mas dá pra chamar mais; – então dá pra convidar mais outras pessoas [...]” (G2).*

Ou seja, nos primeiros encontros do Fórum eram representantes dos municípios da Região Metropolitana, o que não significava que naquele momento somente esses realizavam alguma ação em saúde mental. Até porque, em 1999, eram 20 os municípios que realizavam atendimento em saúde mental – e já haviam construídos 5 CAPS – (FERREIRA, 2005)⁶⁶.

“Era exatamente porque nós não tínhamos ainda essa figura denominada coordenador municipal de saúde mental de outros municípios. Nos outros municípios, existiam serviços. Então eu me lembro... serviço de Aracruz já existia, o CAPS de João Neiva já existia... havia serviços. Mas essa figura meio que chamada coordenador, tanto que à época é... nenhum coordenador, se não me falha a memória, era exclusivo coordenador de saúde mental, tá? Eles eram, ah... [...] então tá, são os coordenadores da Grande Vitória, mas todos eles com o pé no serviço” (G2).

Essas informações já apontam uma questão que vigora até os tempos atuais: grande concentração de serviços de saúde mental na Macrorregião Centro.

Portanto, o objetivo elencado por G2 para a criação do FSMES foi

⁶⁶ De acordo com o levantamento realizado por Ferreira (2005), os municípios em 1999 eram os seguintes: Montanha, Ponto Belo, Linhares, Colatina, João Neiva, Aracruz, Santa Maria de Jetibá, Serra, Vitória, Cariacica, Vila Velha, Viana, Domingos Martins, Marechal Floriano, Venda Nova do Imigrante, Guarapari, Cachoeiro do Itapemirim, Rio Novo do Sul, São José do Calçado, Bom Jesus do Norte.

“[...] refletir e propor, mas também trocar as experiências, porque cada um no seu município tava vivendo... um... né?! de coisas... particulares do município, mas também que... elas se imbricavam [...]” (G2).

As ausências no âmbito da política estadual de saúde mental de espaços com as características assumidas pelo FSMES propiciaram para que houvesse a adesão dos municípios à proposta:

“E interessante que a falta de espaço de encontro, de discussão da política... do, do... da questão dos desafios, era tão grande que as pessoas aderiram, aderiam de imediato, entendeu? Todo e qualquer município, isso tem um dado interessante, esse nome aí estimular os municípios... denominar coordenador da saúde mental, os próprios secretários, ninguém colocou, ninguém colocou nenhum impedimento, porque não existe, nem na Secretaria de Saúde existe, essa estrutura de coordenação de programa, mas de fato funciona como coordenadores. E os municípios quando a gente pediu essa referência os municípios aderiram sem nenhum impedimento e essas pessoas passaram a vir [...]” (G2).

Visualizamos nestas falas três características daquele momento na política: por um lado, não houve resistências à formação do espaço do Fórum em seu interior; por outro, há avanços – intervenções em hospitais psiquiátricos da época e surgimento das ações do novo modelo preconizado; em outro ainda, há retrocessos e entraves – segundo dados sobre a política de saúde mental no Espírito Santo, houve, em 1999, aumento das internações psiquiátricas.

Contudo, tal configuração inicial (restrita ao segmento governamental) não impediu que o FSMES passasse, posteriormente, por mudanças – ampliação dos atores (a serem) envolvidos -, mas que nem por isso deixou de apresentar velhos problemas – hoje, tímida participação da sociedade civil e predomínio de representantes do governo (REIS; GARCIA, 2008). Esse processo remete à própria dinâmica das experiências de participação social inseridas numa conjuntura política e social hegemônica que busca obstaculizar a atuação conjunta e os movimentos de negociação entre atores representantes do Estado e da sociedade civil.

Com o passar do tempo, os idealizadores do Fórum perceberam que o próprio termo “coordenadores” (estratégica em seu início) e a formatação inicial daquele espaço eram limitadores, pois, segundo um entrevistado, não motivava e, portanto, impedia

a ida de outros atores, além da figura do coordenador, e passaram a ensaiar algumas mudanças:

*“Aí a gente chamava: – ah, reunião do Fórum; – ah, do Fórum de coordenadores. E a gente nas reuniões, a gente dizia assim: – gente, chamem os profissionais, vamos, vamos ampliar esse espaço, chame os usuários. E às vezes não vinham esses profissionais, até que eu não me lembro realmente quem, eu falei: – poxa! num... num desses CAPS aí da vida, que não eram tantos à época, eu falei: – poxa, vocês não são... né?! os coordenadores não chamam vocês pra, pra tá vindo pro Fórum...? – ah! mas não é Fórum de coordenadores?! Se é Fórum de coordenadores... mas os coordenadores de CAPS também começaram a vir. – **Mas é Fórum de coordenadores, a gente não é coordenador!** Eu falei: – **Ah é?! sumiu o nome coordenador.** Eu falei: – ah... e assim a gente não, e a gente começou a, a, a enviar alguns ofícios dizendo: **Fórum é aberto pros profissionais, pros usuários, né?! tragam... mas a gente sentia que às vezes os usu... o profissional não vinha, até alguém dá esse, né?! alguém fazer essa pontuação de que: – olha, o Fórum de coordenadores... aí saiu o nome de coordenador do Fórum”(G2).***

É preciso contextualizar esse debate não se esquecendo que a política nacional de saúde mental, durante os dois anos em que se seguiram à criação do FSMES, obteve novos arcabouços normativos, a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica – que trouxe o aporte legal de proteção social aos usuários – e a realização da III CNSM. Identifica-se que as propostas formuladas por esta conferência convergem com o projeto dos atores sociais que, desde os anos de 1970, se mobilizavam para promover a democratização da sociedade brasileira. Nesses termos, a intencionalidade é de permitir à sociedade civil participar do poder decisório nas políticas públicas.

No Espírito Santo, entre as deliberações/propostas aprovadas na II Conferência Estadual (em outubro de 2001), no sub-tema sobre “controle social”, houve a proposta em articular e aproximar a área da saúde mental com os conselhos de saúde, municipal e estadual, através de criação de comissão temática de saúde mental vinculado àquelas instâncias. Entre as atividades nesta esfera, foi indicada a realização de Fóruns voltados à comunidade: “Fóruns para as comunidades proporcionando discussão e/ou informação sobre o tema” (CESM, 2001, sp).

Foi em fevereiro de 2002 (ou seja, dois meses após a realização da III CNSM, e três anos após seu início) que se formulou no FSMES um documento lançando os

princípios e objetivos pelos quais se norteariam esse espaço, passando este por uma primeira mudança:

Princípios:

O Fórum Estadual de Saúde Mental será um **espaço permanente e amplo de discussão** multidimensional, **onde a sociedade civil organizada junto aos órgãos públicos estará pensando instrumentos que viabilizem uma nova postura de intervenção em Saúde Mental dentro da lógica da Reforma Psiquiátrica** (ESPÍRITO SANTO, 2002a, sp, grifo nosso).

Compreende-se da definição acima que a sociedade civil não deveria ficar excluída dos processos de debate e formulações das propostas na política de saúde mental. De grande importância, já que se tratando de um processo que requer transformações de saberes, de práticas e de valores, o papel fundamental e a importância da sociedade civil estar envolvida nos espaços participativos. Preconiza-se uma atuação conjunta entre sociedade civil e poder público.

Como objetivo geral, o FSMES deve:

“Oportunizar estratégias para a implantação da política de Saúde Mental de acordo com as propostas deliberadas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental” (ESPÍRITO SANTO, 2002a, sp, grifo nosso).

A finalidade da elaboração das propostas preconizadas pela III CNSM foi a de efetivação e consolidação do novo modelo de atenção humana, de qualidade e com participação e controle social (CNSM, 2002). Foi nesse contexto que a primeira mudança do FSMES foi construída:

*“Foi a necessidade de **incluir outros atores**, que não a figura do coordenador só, ou coordenador de saúde mental ou coordenador do CAPS [...] na primeira reunião mais ampliada, assim que eu me lembro [...] eu me lembro que a gente até convidou _____ (cita o nome de uma professora) pra vir no momento, pra falar dos **movimentos sociais** e... já nessa discussão de ampliar” (G2).*

Apreende-se que esta iniciativa estava ligada à intenção de conferir ao FSMES forças de articulação política para potencializá-lo. Para tanto, foi inserida na agenda de discussão daquele espaço uma temática (movimento social) relacionada à

sociedade civil, reflexo das propostas deliberadas pela III CNSM e assimiladas pelo FSMES como princípios.

De acordo com um documento elaborado no ano de 2002, pelo Núcleo Estadual de Luta Antimanicomial/Espírito Santo (NELAT/ES), acerca do histórico do movimento em 2002, a pauta de discussão na primeira reunião de coordenadores de saúde mental de 2002 foi sobre a III CNSM, mais precisamente discutiu-se sobre a deliberação nesta de criação de Fóruns de Saúde Mental – como também proposta na conferência estadual. A pauta em questão exigia que aquela reunião fosse ampliada, assim, participaram dela os serviços de saúde mental, profissionais e as pessoas que participaram como delegados naquela conferência. O documento informa que foi constituída uma comissão formada, inicialmente, por profissionais, usuários e familiares que foram delegados na III CNSM, mas aberta para qualquer interessado que quisesse participar. O objetivo da comissão era cumprir a deliberação daquela conferência sobre a criação do Fórum Estadual de Saúde Mental (NELAT, 2002) com o formato deliberado naquela conferência nacional (logo, o “antigo” Fórum de Coordenadores assumiria um outro formato).

C1 informa que os primeiros ensaios para aproximar o Fórum e o Núcleo de Luta Antimanicomial/ES naquele momento partiram da coordenação estadual de saúde mental:

*“[...] quando a idéia do Fórum, **quando começou esse namoro** [...] Então [...] aí que **algumas pessoas, já da política, da coordenação estadual, que procurou pra que... integrasse Fórum e núcleo, entendeu? aí tentamos dar um formato... daqui**” (C1).*

Após algumas reuniões ficou claro que este fórum teria como **objetivos mobilizar a discussão da mudança do modelo de atenção em saúde mental; constituir-se como movimento de pressão política neste sentido e de intercâmbio, divulgação, exposição e produção de conhecimento na área; de fiscalização e cobrança por uma assistência de qualidade**, etc. (NELAT, 2002, sp, grifo nosso).

Podemos observar que os objetivos projetados sinalizam três dimensões para o FSMES: a) controle social – “fiscalização” “cobrança” – (que não se efetivou); b) política – “mobilização” “pressão” (que não está sendo trabalhada); c) técnica –

“intercâmbio”, ou troca de experiência, “produção de conhecimento” (predominantemente enfatizada).

A proposta, segundo o que consta no mesmo documento, era a de que o Núcleo Antimanicomial do Espírito Santo⁶⁷ se tornasse o espaço de Fórum Estadual, e a justificativa utilizada pelos atores presentes em uma nova reunião ampliada convocada pelo grupo que vinha desenvolvendo e trabalhando na deliberação das propostas era que os “objetivos coincidiam em sua totalidade” e o “[...] Núcleo [...] de fato, já funcionava como um fórum de discussão com os mesmos objetivos há muitos anos” (NELAT, 2002, sp). Com isso, a discussão acerca da constituição do Fórum com tais características passou a ser realizada, naquele momento, nas reuniões do Núcleo da Luta Antimanicomial (NELAT, 2002).

De acordo com as informações que constam no documento, cogitou-se, entre as propostas, que o espaço do Fórum/Núcleo a ser criado naqueles moldes deveria se constituir como pessoa jurídica, acreditando que isso promoveria facilidades na obtenção de recursos e apoios, bem como maior legitimidade do grupo. Definiu-se para aquele espaço o nome de “Núcleo Estadual de Luta Antimanicomial”. No processo de discussão para a definição da forma da constituição jurídica, o critério apontado como o melhor era a forma em que permitisse que a coordenação “[...] se dê por um grupo paritário composto por representantes de profissionais, usuários e familiares, [...] as decisões deverão passar pela reunião geral que terá caráter deliberativo, sendo de instância maior de deliberação” (NELAT, 2002, sp)⁶⁸.

⁶⁷ É preciso lembrar que, segundo informações de C1, naquele período, o Núcleo de Luta Antimanicomial do Espírito Santo já vinha desenvolvendo suas atividades. Recorda que na segunda metade da década de 1990 foram retomadas suas atividades: “[...] o movimento tava muito parado, assim, tinha interrompido, era como se tivesse algo acontecido e que aí depois a coisa, essa questão de, de, de... de movimento social realmente tava praticamente assim, tava adormecido, tá? [...] É a partir mesmo de, de noventa e sete, quando a gente começa a, a, tipo assim, reavivar isso daí” (C1) O relato de G3 mostrou-nos que, aproximadamente, em meados da década de 1990 a Luta Antimanicomial estava atuante na proposta de reestruturação da política de saúde mental. Segundo informações de C1 atualmente se usa mais o termo “Núcleo Estadual de Luta Antimanicomial / Espírito Santo” para se referir ao movimento aqui no Estado.

⁶⁸ Optou-se a escolha deste nome para o espaço que congregaria o Fórum e o Núcleo – espaço este que não se concretizou – pois, segundo o que consta no documento “[...] a opinião geral foi de que a palavra ‘fórum’ não deveria estar no nome por trazer associações com a área jurídica, além de fazer parecer tratar-se de um espaço fechado” (NELAT, 2002, sp). O que não é este o entendimento de Fórum que se apreende na deliberação da III CNSM, pois nesta, ao contrário, significa um espaço aberto, já que estabelece o direito de usuários, familiares, instituições da sociedade civil, entre outros, de participarem. Enfatizamos que a compreensão de Fórum neste estudo assume o sentido de espaço aberto, de pluralidade de atores sociais e políticos, de opiniões e de conflitos.

Entretanto, o relato, em tal documento, diz que a opção feita foi a de não formalização, ou seja, a não constituição de pessoa jurídica:

Após este momento, continuávamos preocupados com a forma jurídica e as reuniões acabavam por tratar somente deste assunto, sem chegar a conclusões. Contudo, num determinado momento nos demos conta de que o mais importante não é a constituição jurídica. [...] O mais importante são os objetivos que nos colocamos, é o trabalho que pretendemos fazer por julgar importante. E, percebemos que este novo Núcleo, agora com caráter de fórum de discussões estadual, não era alguma coisa que só existiria a partir do registro jurídico [...] Então, o importante agora é começarmos a trabalhar em função dos objetivos que temos, sem precisar esperar pelo registro do núcleo (NELAT, 2002, sp).

Contudo, o anseio da época em transformar o FSMES e o Núcleo da Luta Antimanicomial do Espírito Santo num único espaço sofreria as tensões inerentes aos espaços de ampliação de participação democrática. Um representante do governo pontua a dificuldade:

“E um dos dificultadores foi isso, foi, foi... criar esse espaço do Fórum como um espaço mais político, não só da discussão ali, mas pros desdobramentos entendeu? que ele se constituísse como um ator social, pra... sabe? discutir junto com o Conselho Municipal, junto com o Conselho Estadual, ou junto com a própria estrutura da secretaria, né?! porque tecnicamente a gente tem limites, né?! na discussão da política, e quer dizer, se você tem um outro ator, né?! mais potente, então ele ganharia essa força, né?! esse então pra mim foi um dificultador” (G2).

Embora um espaço coletivo, propondo articulações entre atores representantes de segmentos diferentes – o que viabilizaria a negociação dos interesses destes atores envolvidos – o FSMES não conseguiu maximizar essa potência.

A dimensão que se destaca no FSMES é a dimensão técnica. Logo, a potencialidade que este espaço teria em articular forças de modo a se inserir em outros espaços defendendo e explicitando seus projetos debatia entre o desejo de que ele fosse – um espaço político – e o que ele realizava – debates de caráter técnico-instrumental.

O documento ainda assinala que, já naquele momento de realização das primeiras reuniões ampliadas, constatava-se uma diferença (diferença essa que representaria

mais tarde um dos pontos de embates entre os dois espaços) entre o Núcleo e as reuniões iniciais para a formatação do Fórum proposto no início de 2002:

[...] o Núcleo tem contado com uma participação maior de usuários e familiares, enquanto que as reuniões iniciais para a criação do fórum [com as novas características vislumbradas após a III CNSM] vinham ocorrendo com a quase totalidade de profissionais de saúde. Consideramos importante destacar este ponto, pois as possíveis dificuldades de se trabalhar juntos foram motivo de discussão para a decisão de unificar os dois espaços. O que se colocou na ocasião foi o **temor de que a grande participação de profissionais e técnicos não poderia inibir a participação de usuários e familiares levando-os a se afastarem. Por outro lado, a participação ou presença maior de usuários e familiares, com a necessidade de por vezes discutirem temas mais ligados a questões pessoais, locais ou imediatas, ligadas aos serviços que freqüentam, poderia levar a um afastamento dos técnicos que tendem a se voltar para questões de ordem mais geral.** Esta discussão foi feita e [...] consideramos que, apesar das possíveis dificuldades, este é um desafio com que temos que lidar se queremos manter as propostas e princípios de todo o movimento na área de saúde mental do país (NELAT, 2002, sp, grifo nosso).

Apresenta-se aqui um dos desafios postos à efetivação dos novos encontros entre Estado e sociedade civil, constituídos a partir do processo de redemocratização, no que tange à possibilidade de atuação conjunta e de negociação dos interesses dos setores envolvidos, na partilha do poder decisório. Como nesse processo os conflitos passam a ser explicitados, os primeiros encontros entre os atores do movimento social de luta antimanicomial com os atores do governo num espaço participativo não foram diferentes, e aquela intenção de unir Núcleo e Fórum em um só espaço não se efetivou (C1 não soube precisar quantos encontros foram realizados neste intuito, mas afirma que foram poucos).

As dificuldades, pontuadas no documento do Núcleo Estadual de Luta Antimanicomial/ES, foram as seguintes: de participação de usuários e familiares do interior do Estado, quanto às condições para viabilizar o deslocamento dos mesmos; dos profissionais realizarem reuniões em seus próprios municípios; em conciliar as discussões amplas e locais, tendo observado ainda diminuição da freqüência de profissionais do interior. Tais dificuldades foram assumidas como um impedimento à idéia em juntar Fórum e Núcleo em um mesmo espaço: “Na verdade, não se trata de uma dificuldade, agora parecemos mesmos que estas discussões talvez devam se dar em âmbitos diferentes, pois ambas são importantes” (NELAT, 2002, sp).

C1 participou daquele processo e retrata esse momento:

*“[...] quando começou esse namoro [...] pra que... integrasse Fórum e Núcleo, entendeu? aí tentamos dar um formato... daqui, só que... não se consolidou, porque, que que aconteceu? Começou a ter uma formação de profissionais e os profissionais vinham... já começou um, **um primeiro embate**, assim, porque **as reuniões** de saúde mental, da, **do núcleo, elas sempre foram com muitos usuários** [...] que bom, né?! **tinha alguns técnicos e tinha muitos usuários**, até porque a gente revezava, a gente fazia muito no CAPS cidade. Então mesmo que eles não sabiam, muitos achavam até que era extensão de uma oficina de lá [...]. Então, assim, **tinha reunião que era uma loucura, você tinha que conviver com a diferença literalmente, entendeu?** e aí **muitos profissionais vinham com caráter de ser um processo de... de capacitação, de, de entender o que que é... porque muitos que começaram, porque começou a disseminar no interior também, né?! os, os ambulatórios de, de saúde mental, eles vinham querendo... essa coisa da capacitação. E eu acho que assim, começaram a ir muito nas reuniões do núcleo, entendeu?** e elas já tinham uma forma muito peculiar, assim (risos), de acontecer, entendeu? tipo assim (risos) e até hoje mantém isso, o que eu acho muito rico, entendeu? **mas tem que ter o exercício de tolerância muito grande, porque sua pauta, você tá entendendo? Às vezes ela não acontece do jeito que é pra acontecer... porque é, é, mas eu... eu acho extremamente rico, mas outros profissionais que vão [...] de querer se capacitar, de não sei que... você tá entendendo?** Foi muito engraçado, porque foi um movimento, todo mundo, vinha gente do interior pras reuniões, não sei o que, vamos formar, vamos dar esse formato de Fórum, junto com o modelo do Fórum Mineiro e tal... mas lá era outra realidade. Os profissionais lá já, já eram bem engajados nessa coisa. O daqui, **era gente que tava... querendo entender o que que era isso, entendeu?** e aí não... ah... né?! a, a, assim, **foram dois espaços mesmos** [...] Só que aí começou muito... né?! acho que já... **talvez se a gente tivesse trabalhado essas dificuldades, talvez ele teria sido mais rico**, assim, entendeu? **porque aí ele foi ficando muito... um espaço que vinha muito pessoal do interior e não sei o que... [...]** Mas, assim, **era sempre duma coisa de trazer... e, e o caráter de Fórum mesmo de discutir, de problematizar, você tá entendendo? ele não tinha esse caráter, entendeu?** Então, por causa de... de... de uma coisa que tinha definição de uma política, outra coisa as próprias pessoas... **mas eu acho as pessoas muito passivas também quando elas participam de alguns espaços, entendeu? tudo vem, e as pessoas não questionam nos espaços, vinha gente do interior pra poder tá ouvindo coisas, mas não problematizavam coisas... então tinha um pouco disso. Então por isso que esse namoro, assim, ele não... não foi adiante, entendeu? então ficaram esses dois espaços... convivendo, assim, acho que até... relativamente bem, com, com, com alguns momentos de conflitos, mas a gente convive bem, entendeu?”** (C1).*

O discurso de C1 traz as concepções de um novo fazer em saúde mental preconizado pelo projeto político da reforma psiquiátrica: um novo olhar para com os usuários; logo, novas posturas, novas abordagens que respeitem e considerem as diferenças do outro; novos serviços de atenção que apostem em seus usuários, o

que demanda também uma nova e permanente formação dos recursos humanos nessa dinâmica.

Outro aspecto levantado nesta fala trata-se do momento em que muitos municípios estavam vivenciando: começavam, ou já tinham iniciado suas ações em saúde mental, sendo tudo muito novo. Viam então naquele espaço um *lócus* por onde poderiam se instrumentalizar ou capacitar para o exercício das novas ações. Rossoni (2006) mostra dois processos ocorridos nos marcos entre 2000 e 2004 que impulsionaram a ampliação dos serviços extra-hospitalares no Estado: o primeiro, a criação de um indicador para a construção de serviços de saúde mental realizada em 2000, possibilitando a pactuação entre os gestores estadual e municipal para a criação de equipes de saúde mental nos municípios, estimulando a criação desses serviços nas Unidades Básicas de Saúde, e, o segundo, a implantação do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica, na esfera estadual, que permitiu a criação de residências terapêuticas e redução de leitos no Hospital Aduato Botelho. É preciso salientar que a ampliação dos serviços extra-hospitalares ainda se dá de uma forma lenta, os serviços continuam centralizados na Região Metropolitana e com carências de serviços nas demais regiões (OLIVEIRA; GARCIA, 2008).

Duas demandas são colocadas: demanda técnica, por capacitação – pelos profissionais – e demanda por ação política.

O entrevistado C1 atribui a razão da proposta de unificação daqueles espaços não ter se concretizado ao fato de os atores envolvidos não compartilharem das mesmas demandas.

Ficou a cargo da coordenação de saúde mental da SESA a organização e manutenção do espaço do FSMES: “... *então entre acabar com o Fórum, e manter o Fórum, a gente optou em manter o Fórum*” (G2). Ou seja, houve a defesa da existência e manutenção desse espaço.

Aqui não se propõe estabelecer papéis de “vilão” ou “mocinho” neste emaranhado enredo, mas evidenciar o complexo e conflituoso processo dos espaços que propõe a atuação conjunta de diferentes segmentos da sociedade.

O relatório de gestão da coordenação estadual da saúde mental de 2006, em sua definição do FSMES, faz a seguinte ressalva: “[...] constata-se que não se constituiu como espaço de controle social desta política” (ESPÍRITO SANTO, 2007, p. 2). O documento sinaliza, então, que aquele espaço não se apresenta enquanto instância fiscalizadora das ações do governo no âmbito da saúde mental.

Um entrevistado, representante do governo, recorda-se de um determinado momento de tentativa de ampliação do Fórum:

“E chegou, eu me lembro que a gente teve uma tentativa de formar um colegiado, ser nesse Fórum, que esse Fórum pudesse existir como um movimento social, mas que ele tivesse um colegiado que não só a coordenação estadual, e aí a gente não conseguiu. Eu não sei se faltou habilidade, se faltou tempo, porque a gente queria assim então que tivesse uma representação colegiada pra ampliar o processo de proposição pro Fórum seguinte, pra trabalhar essas questões, pra que pudesse lincar, por exemplo, com... as propostas junto ao Conselho Estadual de Saúde pra ampliar esse movimento político. Isso, infelizmente àquela época e até hoje, a gente não conseguiu. Aquela época eu lembro que a gente tentou várias vezes, assim: – ah, vamos fazer uma reunião preparatória, e conseguimos fazer uma, duas, mas também a dificuldade desses coordenadores e desses atores, porque eles estavam o que? arrumando a própria casa, né?! organizando seus municípios, e a gente também aqui no Estado. Aí, enfim, tomamos pra gente a organização do Fórum, tomamos pra gente” (G2).

Novamente, nos é colocado o movimento de estruturação de novos serviços na saúde mental em alguns municípios que apresentava aos seus gestores e profissionais um contexto desafiador: conduzir um processo de descentralização da saúde mental na lógica da reforma psiquiátrica, à época desconhecida por alguns. Naquele momento (2002), o Ministério da Saúde lançava novas normatizações, como a da portaria nº 336, que define os critérios de financiamento para os CAPS, mas que, ao mesmo tempo, não garante repasses financeiros aos municípios de pequeno porte.

O processo de formação e constituição do FSMES aqui abordado nos mostra que se trata de um processo permeado por embates. Participantes do seu processo, os representantes do governo, inseridos na SESA, apontam as resistências ou “dificultadores” no processo:

Em relação aos momentos de transição política, G1 pontua:

“Resistência sempre ocorre e... mesmo com mudança de gestão, mudança de gestão não, mudança de gestores no caso, às vezes. Gestores é... descompromissados, outros mais comprometidos [...] sempre se nota em... principalmente na época de eleições, na época de mudanças de gestores, gestores que eram comprometidos, outros mudam, deixam de ser comprometidos, pondo em risco até funcionamento de alguns serviços [...] isso sempre... vai ter que ser administrado” (G1).

O foco aqui é a questão da gestão. Se o processo de condução da gestão (seja de um serviço ou de uma política) não estiver aberto à valorização das ações políticas, essas encontrarão obstáculos.

G1 dá importância à continuidade de serviços – entendem-se aqui os serviços de saúde mental do novo modo de atenção – que, em época de transição política e administrativa, os posicionamentos adotados na e pela nova gestão poderão ou não efetivá-los. Cabe aqui salientar mais uma vez que, na análise de Ferreira (2005), a direção orientada pela perspectiva da reforma psiquiátrica manteve-se nas administrações posteriores ao período de 1995-1998, o que não foi um processo simples ou sem lutas por parte da coordenação estadual. Logo, o comprometimento em viabilizar as condições para que a política seja efetivada constitui num elemento fundamental. Até porque, intervenções em hospitais especializados e incremento (lento) de serviços nos municípios eram algumas das mudanças que já estavam em curso, mas era (é) ainda necessária a efetivação das condições técnicas e políticas para assegurar o novo modelo de atenção.

O entrevistado G2 não fala em resistência, mas uma questão que se colocava já nos primeiros anos quando da existência do Fórum se mostrava de difícil resolução:

“[...] sinceramente resistências... eu não... eu não... eu não consigo identificar. Mas há uma constatação, por exemplo, a gente queria que o Fórum também tivesse sempre o assento do usuário e do familiar, né?! que ele também tivesse essa... essa participação, essa discussão, mas... a gente não conseguia... não conseguiu muito essa... adesão” (G2).

Isso aponta que a participação dos usuários e familiares não é permanente no Fórum, mostrando que a mudança de denominação do espaço não era sinônimo de obtenção dos propósitos. Além do desejo de ter garantido esse ator, houve tentativas, já relatadas pelo entrevistado: tentativa em dar um caráter mais político ao FSMES, tentativa de unificação com o MLA, divulgação verbal e por ofícios enfocando o caráter aberto desse espaço. Diante do exposto, entende-se que a trajetória de implementação do FSMES foi, e é, composta de projeções, tentativas e significativa, mas não intensa, mudança. Ou seja, de muitas tentativas.

Constata-se que o FSMES, a partir do ano de 2002, passaria a envolver e assegurar, em termos formais, a inserção de novos atores. E como se configura hoje tal assertiva? Como os atores definem esse espaço?

Mas, antes de identificar as significações impressas nas falas dos entrevistados, vejamos o que os documentos elaborados pela coordenação estadual de saúde mental nos apresentam sobre o FSMES.

Nos relatórios de gestão é possível identificar o que foi (ou não) sistematizado pela coordenação estadual de saúde mental referente ao FSMES. Nem todos os relatórios analisados incluíram o FSMES na sistematização do processo de implementação da política estadual de saúde mental, e, como pode ser visto no Quadro 5, somente em três dos sete analisados trazem definições sobre aquele espaço.

Como já visto no item anterior, a síntese das propostas que foram discutidas para a nova constituição do Fórum, não mais restrita ao segmento do governo, baseadas nas deliberações da III CNSM, foi elaborada no mês de fevereiro de 2002 (ESPÍRITO SANTO, 2002a), projetando os princípios que o “Fórum Estadual de Saúde Mental” seguiria, bem como os atores envolvidos. Faz-se necessário observar

que nos relatórios de gestão dos anos de 2002 e de 2003 menciona-se ainda o termo “Fórum de Coordenadores de Saúde Mental” e “Fórum Estadual de Coordenadores de Saúde Mental”, respectivamente. Nos relatórios de gestão de 2005, de 2006 e de 2007, não mais se menciona coordenadores, havendo a referência a “Fórum Estadual de Saúde Mental” ou “Fórum de Saúde Mental”.

A referência sobre o Fórum de Saúde Mental nos documentos se dá de uma forma pontual. Assim, algumas informações relevantes para se pensar a relação entre o FSMES, os projetos neles difundidos e a política implementada não estão contempladas, tais como as propostas que foram discutidas e elaboradas no Fórum e incorporadas, ou não, à política estadual de saúde mental.

Em relação às definições do que é o Fórum de Saúde Mental, contidas em tais documentos, se repetem:

a) Espaço de trocas/articulações/encontros entre as experiências, serviços e profissionais da saúde mental, dimensão esta que aparece nos três relatórios.

Encontra-se aqui a possibilidade de diferentes segmentos articularem, negociarem e exporem suas demandas aos poderes públicos, o que requer de um espaço participativo para oportunizar a população participar dos processos de decisão sobre a política.

*“Acho que, em certa medida, **a gente tem uma capacidade de articular atores [...]**”*
(G2).

Relatórios	Definição sobre o que é o Fórum de Saúde Mental	Atores envolvidos
2000	---	---
2001 ⁶⁹	---	---
2002	- Instância consultiva. - Espaço de trocas, atualização e veiculação de informações, fornecendo subsídios para o gerenciamento das ações a serem implantadas nos municípios e no Estado.	Formado pelas coordenações estadual e municipal de saúde mental.
2003 ⁷⁰	---	---
2005	Espaço de encontro, reflexão, debates e de troca de experiências.	Serviços e profissionais de saúde, agregando as áreas de saúde mental, ESF e instituições afins.
2006	- Espaço coletivo de articulação entre os diversos atores de saúde mental. - Visa ampliar o debate sobre saúde mental, contribuir na consolidação desta política e veicular as informações sobre a gestão da política de saúde mental. - Espaço de mobilização e de potencialização dos profissionais e gestores da saúde mental.	Profissionais de saúde, gestores, usuários e estudantes.
2007 ⁷¹	---	---

QUADRO 5 - DEFINIÇÕES DO FSMES NOS RELATÓRIOS DE GESTÃO DA COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL (2000-2007).

b) Espaço de veiculação e atualização de informações sobre a saúde mental. Nos dois relatórios em que aparece tal definição (2002 e 2006), atribui-se a importância desse espaço para a consolidação da política, bem como para o âmbito da gestão

⁶⁹ Nos relatórios de gestão dos anos de 2000 e de 2001 não há nenhuma referência sobre o FSMES.

⁷⁰ No relatório de gestão de 2003, no item sobre avanços na área da saúde mental, é informado que o "Fórum de Coordenadores de Saúde Mental" foi um dos parceiros, juntamente com a UFES e o Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), na constituição do Núcleo Estadual de Formação em Saúde Mental. Há a informação também de que foram realizados cinco encontros, sem mencionar as temáticas.

⁷¹ Nesse relatório (2007), apenas há a menção da realização de dois encontros do FSMES, no item dos resultados alcançados.

da saúde mental (tanto ao nível estadual quanto municipal), favorecendo o conhecimento sobre como o processo vem se dando, e, por outro lado, também oferecer aos gestores subsídios ao seu trabalho. No estudo de Ferreira (2005, p. 195, grifo nosso), o FSMES é referido pelos coordenadores municipais como um espaço

[...] onde se dá a compreensão das diretrizes da política estadual e como momento em que ocorre a **atualização de informações** [...] é também definido por alguns como um importante “**espaço**” **de formação auxiliando na compreensão do seu papel, como coordenadores, nos municípios onde atuam**. Admitimos que realmente ocorre nesse momento uma importante **socialização de informações sobre a política estadual**.

Mais uma vez, destaque aqui é dado às demandas técnico-operacionais, o que representa, nesses termos, a definição atribuída no documento de mobilização e potencialização a esses atores. Mas, um aspecto chama-nos a atenção: ao mesmo tempo em que o relatório do ano de 2006 traz em sua definição o envolvimento também de usuários, não se refere de que modo, ou se, a mobilização e potencialização se configuraria para este segmento.

O objetivo em consolidar a política significa a projeção e anseio pela efetivação de uma política pública de direito de um novo modelo de atenção, contra-hegemônica, e, portanto, representaria nesses termos a consolidação do projeto político da reforma psiquiátrica. Mas, para isso, há que se pensar também na potencialização que nossas ações e planejamentos podem promover aos usuários dos serviços.

c) Espaço de debates/discussão e reflexão. Mencionados nos relatórios dos anos de 2005 e de 2006.

Um espaço no interior da política estadual de saúde mental que se propõe a provocar discussões e colocar em debate o que historicamente ficou oculto na política brasileira de saúde mental – as práticas excludentes. Tal espaço poderá inserir na ordem do debate, entre os sujeitos envolvidos, as “velhas” e “novas” ações do modelo assistencial, o que não necessariamente significará a efetiva assimilação dos ideais defendidos neste espaço, até porque, as resistências às mudanças, na lógica da defesa da vida, também podem estar inseridas no interior dos próprios

serviços. Essa questão aparece retratada em vários estudos. Por exemplo, quando se estudou o Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT), do município de Vitória/ES, identificou-se a resistência oriunda de alguns profissionais ao processo de implementação da Política de Redução de Danos na instituição (REIS, 2006; REIS; GARCIA, 2008).

Entre aquilo que deve ser – espaço de discussão e proposição – e o processo que organiza e estrutura essa discussão são aspectos que requerem problematização.

G1 e G2 apontam que o FSMES é de discussão coletiva da política de saúde mental:

*“[...] as **discussões** todas em, em... de temas pertinentes à política e a saúde mental em si” (G1).*

*“**Discutir** coletivamente [...]” (G2).*

Pela análise da fala de um ator do segmento governamental, há que ser inserida também uma outra definição:

d) Espaço de proposição.

Quando da criação do Fórum, o representante do governo, inserido na equipe estadual de saúde mental, ressalta que a idéia constituía em:

*“[...] criar esse espaço, né?! esse espaço de... **de... encontro e de reflexão e de proposição**, porque no fundo o objetivo era esse. Era que a gente buscasse... é... refletir, mas **propor efetivamente**, né?! **a política de saúde mental no Estado [...] tinha esse objetivo que era refletir e propor, mas também trocar as experiências [...] que... enfim, apontasse rumos [...]**” (G2).*

Vê-se aqui que o sentido do espaço seria para além de proporcionar debates, mas elaborar propostas e estabelecer pautas para o processo de constituição da política estadual de saúde mental. Portanto, cabe aqui observar que, com a nova formatação do FSMES, aberta à sociedade em geral, a sociedade civil tem o direito de estar inserida nas discussões acerca da política. E mais que isso, terá o direito de

expor suas demandas e transformá-las em propostas, pautas para se pensar a política (CNSM, 2002; ESPÍRITO SANTO, 2002a). Em termos formais, isso é o que se entende do que o FSMES pode propiciar: discussão, reflexão, pautas e propostas à política estadual de saúde mental, estando envolvidos no processo segmentos tanto do governo quanto da sociedade civil organizada.

Conforme destaca Rossoni (2006), a política estadual de saúde mental se expressa por meio das suas diretrizes políticas e do aparato técnico-assistencial (serviços, planos, programas e normalizações). A criação do FSMES, em 1999, juntamente com a realização da II CESM, realizada em 2001, são enquadradas pela autora como marcos da dimensão política da trajetória de construção da política no Espírito Santo. Como tal, o FSMES é considerado por G2 como um espaço também político:

“[...] ele é um ator político. Político do ponto de vista que agrega atores, que discute a política [...] Mas era isso que a gente no fundo queria, assim, esse espaço mais político mesmo. É um ator político, não deixa de ser, né?! Um espaço político, né?! Um espaço político, uma vez que... tem atores, vozes, discussões, debates sobre a saúde mental” (G2).

“Atores” “Vozes” “Discussões”. O conteúdo dessas falas remete para a pluralidade que se espera desses espaços. Passado e presente se entrecruzam na conjugação dos verbos aqui. “Querida” retrata um desejo do passado – forças sociais e políticas em seu interior –, mas que não é. Por outro lado, o FSMES “é um ator político”. Efetivamente, este espaço político está envolvendo quem? Quem são os atores? De quem são as vozes?

4.2 DIFERENTES E VARIÁVEIS SIGNIFICAÇÕES ATRIBUÍDAS AO FSMES POR SEUS ATORES

Os entrevistados indicam qual é, ou qual seria, a relação do Fórum de Saúde Mental com o processo de reforma psiquiátrica. Ou melhor, em que sentido os espaços dos Fóruns poderão contribuir para tal processo (Quadro 6).

Assim, os aspectos lembrados pelos atores do FSMES que este espaço pode potencializar o projeto político da reforma psiquiátrica dizem respeito: a favorecer a ampliação da implementação dos serviços extra-hospitalares no Estado; possibilitar pactuações entre as esferas, logo, permitir que os atores envolvidos negociem seus interesses e suas propostas; desencadear discussões de temas que fazem interfaces com a saúde mental; e, bem nos lembram os representantes da sociedade civil, o espaço contribuirá para a reforma psiquiátrica se estiver garantida nele a participação social.

Relação	Influir na implementação das novas formas de atenção em saúde mental	Possibilitar pactuações	Discutir temas relevantes e atuais	Espaços de proposição coletiva da política	Participação Social
Exemplos	<p>“[...] mostrar à grande parcela dos municípios [...] que é possível ter uma outra prática, que é possível ter uma outra atenção em saúde mental, que é possível incluir esse usuário da saúde mental de uma outra forma [...]” (G2).</p> <p>“[...] pra esse reordenamento” (G3).</p>	<p>“[...] poderia ser utilizado [...] pra... pactuação de algumas... diretrizes da política” (G3).</p>	<p>“[...] espaço construído para discussão dos temas atuais, pertinentes à... à saúde mental, à mudança de modelo, à reforma psiquiátrica, enfim, à luta antimanicomial” (G1).</p>	<p>“[...] espaço [...] de... encontro e de reflexão e de proposição [...]” (G2).</p>	<p>“[...] essa garantia desses pilares da reforma psiquiátrica, que é a participação, [...] um espaço que provoque [...] isso, que leve usuários [...]” (C1).</p> <p>“[...] ajuda a clarear, né?! aí, até essa coisa que acontece muito nesses eventos de reforma psiquiátrica que é misturar [...] profissional, familiar, paciente” (C2)</p>

QUADRO 6 - CONTRIBUIÇÕES QUE O ESPAÇO DO FÓRUM DE SAÚDE MENTAL PODE POSSIBILITAR AO PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA, SEGUNDO A PERCEÇÃO DE SEUS ATORES.

Nesse sentido, os entrevistados também indicam suas concepções sobre os usuários. Verifica-se no Quadro 7 o entendimento de que são pessoas de direito e deveres, respaldadas legalmente, e, como tal, possuem o direito de participarem dos processos que envolvem seus interesses e de estarem inseridos na comunidade. Concepções essas preconizadas pela reforma psiquiátrica.

Usuários				
Exemplos	Sujeitos de Direitos / Cidadãos			
	“[...] é possível incluir esse usuário da saúde mental de uma outra forma [...]” (G2).	“[...] o paciente não tem que ficar em casa... lá esperando as coisas acontecerem. O paciente pode ir, pode perguntar, pode participar, pode ser um dos palestrantes [...]” (C2).	“[...] fortalecer essa participação social dos usuários” (C1). “[...] que os usuários sejam protagonistas [...]” (C1)	“a Lei 10.216 [...] direciona a atenção em saúde mental para os seus usuários com... é... preocupada com... com os seus direitos, seus deveres ” (G1)

QUADRO 7 - CONCEPÇÃO DE USUÁRIOS PARA OS ENTREVISTADOS.

O usuário é assim, alguém possível de ser incluído, é ativo, é protagonista, é assim um sujeito de direitos. Mas, ao mesmo tempo, é alguém nem sempre presente neste espaço do FSMES.

Nas definições e relatos dos entrevistados sobre o espaço do FSMES, há vários aspectos presentes em seu interior. A ênfase dada por G1 e C2 é o de ser um espaço que deu e dá certo:

*“[...] o Fórum **não é uma coisa engessada, né?! Você pode solicitar coisas** [...] você pode ter, **você tem o acesso**, você tem essa possibilidade de acesso” (C2).*

Este entrevistado, representante da sociedade civil, destaca a possibilidade que as pessoas participantes do FSMES têm para fazer sugestões e emitirem suas idéias sobre temas a serem abordados. Nesse discurso, tem-se o significado de que o espaço dá certo.

*“[...] A partir do ano de noventa e nove e ele inicia timidamente com alguns profissionais preocupados e comprometidos com a política e com a reforma, né?! com a mudança do modelo, né?! em saúde mental, ele se inicia lá então timidamente com alguns profissionais. Isso... esse movimento vai tomando corpo, vai tomando uma dimensão maior e ele passa a ocupar espaços maiores com a presença não só dos profissionais, mas também com a presença dos usuários, familiares e usuários e profissionais e gestores [...] Então esse espaço **ele passou a ser um espaço consolidado** [...]” (G1).*

Contraditoriamente, não é isso que nossa análise demonstra. Ao contrário, a instabilidade de ocorrência dos encontros do FSMES sinaliza que ainda não há consolidação. Ele existe, mas não de uma forma consolidada. Como um espaço que defronta o risco de não existir, é preciso desenvolver um discurso de defesa deste.

Aqui, a demonstração de que o FSMES deu certo, para G1, se dá pelo processo de formação daquele espaço.

G2, embora traga algumas questões do que deveria ser, ao ser perguntado o que de novo o FSMES traz ou trouxe para a política estadual de saúde mental, atribui ao espaço um papel particular e insubstituível, obtendo reconhecimento no âmbito da SESA.

*“[...] por si só **o Fórum é um espaço chamado novo, né?! Porque de uma área temática, há alguns Fóruns, né?! algumas câmaras técnicas, alguns se denominam câmaras técnicas. Mas uma das coisas, e isso a gente ouve no interior daqui, da secretaria, é que a gente consegue adesão de um número muito grande de municípios e de pessoas, então assim, ele vira um espaço privilegiado, né?! A gente tem em média, cento e dez, cento e vinte pessoas em cada encontro. Juntar cento e vinte pessoas hoje em dia não é muito fácil [...] a gente consegue agregar, em certa medida, a gente... consegue agregar atores que... talvez, a gente, com certeza, sem o Fórum, a gente não agregaria**” (G2).*

Atribui-se ao número de pessoas que o FSMES agrega a particularidade que ele representa dentre os setores da SESA. O número realmente é uma significativa demonstração, no mínimo, de ampliação dos atores envolvidos durante o processo de existência daquele espaço. Uma coisa que deve ser posta em reflexão é que esse processo não deve ser valorizado ou defendido somente através de números, mas também que estes possam de fato corresponder à diversidade de atores sociais e políticos da sociedade.

Enfatizando sua visão de forma crítica na análise do processo de formação e implementação do FSMES, um entrevistado, representante da sociedade civil, destaca o que esse espaço foi se constituindo, e que não deveria ser:

*“[...] **o formato dele é direcionado [...] para os trabalhadores, ele vem num... num modelo assim, você tá entendendo? já [...] formatadinho, sabe?**” (C1).*

Encontra-se aqui um questionamento do formato com que vêm assumindo os encontros do FSMES, em que predominantemente há a inserção de profissionais, enquanto a participação de usuários, familiares e instituições da sociedade civil organizada é tímida (REIS; GARCIA, 2008).

Frente a não realização do que se espera do FSMES, os entrevistados também idealizaram o que efetivamente ele deveria ser:

“[...] a gente queria que o Fórum também tivesse sempre o assento do usuário e do familiar, né?! que ele também tivesse essa... essa participação, essa discussão, mas... a gente não conseguia... não conseguiu muito essa... adesão” (G2).

Entende-se mais uma vez aqui a proposta do FSMES ser um espaço que esteja imbuído de um novo saber (contra-hegemônico): o usuário enquanto sujeito de direitos, agente no seu processo histórico, e, portanto, um ator a sair da condição de passividade, a ele imposta por longos anos, e adentrar nos espaços e circuitos da discussão pública. Contraditoriamente, as falas supracitadas demonstram que isto não se efetiva: está aberto a esse segmento, já houve e há em alguns encontros, nos quais se identifica a participação ou a menção da presença desses nas listas de presença, mas a consolidação da participação ainda não está assegurada, pois conforme G2 afirma *“[...] os outros atores [que não os profissionais] são fluídos”*.

O discurso de C1 denuncia a tímida atuação do espaço no que tange à fomentação de problematizações referente à diversidade dos atores e encaminhamentos:

*“[...] eu acho que aí o Fórum tem que ser um... um... um espaço que provoque, esses [...] **que provoque** isso, **que leve usuários** [...] que leve, **que ele realmente possa ser um espaço** é... [...] **que lide com essas questões dessas diferenças**, entendeu? [...] **ser um espaço mais coletivo** mesmo [...] **de discussão**, de, de, **de uma pauta coletiva**, de trabalhar as questões mesmo [...] entendeu?” (C1).*

O entendimento de C1 a essa questão se deu desde os primeiros momentos de aproximação entre o FSMES e o NELAT:

*“[...] é... **a questão do fórum de trazer, de problematizar**, da gente realmente, né?! é, é... **ampliar** esse, **esse espaço maior**, um espaço... né?! **de outros movimentos***

sociais estarem inseridos, assim, lá, eu achava que... né?! ele, ele era tímido, assim, entendeu?" (C1).

Com a mesma percepção de C1, G3 expõe o que vem se caracterizando o espaço do FSMES:

"Então, não sei [...] é... parece que assim [...] o Fórum de Saúde Mental muito como uma coisa, assim, pra você tá passando a política, né?!" (G3).

"[...] já teve outros [encontros] pra falar o que que a política estadual estava fazendo [...]" (C1).

Como será abordado mais adiante, G2 informa que, no decorrer da trajetória de existência do FSMES (no período em análise), observou que, a partir de 2007, o FSMES foi apropriado pela gestão da SESA como um espaço de veiculação dos projetos institucionais do órgão, fato que comprometia o desenvolvimento de um debate crítico e propositivo. Qual o risco imposto àquele espaço? Assumir uma relação assimétrica: o gestor comunica, informa, instrui a um outro que escuta. O debate, a crítica, a contestação entre o que propõe e como ela vem sendo implementada acaba subsumida pela normalização. Nesses termos, a vocalização é de propaganda das ações e demandas da secretaria, fato que contribui para o esvaziamento neste espaço da presença dos usuários e familiares. Isso ratificaria a presença maciça dos técnicos.

G3 enfatiza a possibilidade que o espaço do Fórum tem para promover pactuações entre os profissionais, mas que, na sua opinião, não está sendo aproveitado como tal, não potencializando o processo de reestruturação vigente:

"[...] não é um espaço de pactuação [...] vamos dizer assim, olha: – fizemos uma inspeção nos CAPS e tem tal e tal problema [...] que tá muito gritante, né?! porque, porque o grande problema não é implantar o CAPS, o grande problema é a cristalização que esse serviço pode sofrer e passar a ser um... uma coisa ambulatorial, uma coisa totalmente fora da comunidade, um espaço em que [...] o usuário vai tá frequentando todos os dias sem a menor inserção na comunidade [...] Então... eu não sei, assim, eu acho que se discute muito pouco [...] se aproveita muito pouco esse Fórum onde tão reunidos os profissionais de vários lugares, pra discutir e pactuar algumas coisas, né?! Assim, teria que ser [...] um espaço, assim, não normativo, né?! mas assim, [...] em que algumas coisas pudessem realmente ser pactuada [...] serem gestadas ali,

***pactuadas**, e que você depois tivesse um retorno, né?! de como tá cada município [...] eu acho que **ele poderia ser usado, de uma forma mais potente** como eu tava dizendo, assim, pra... é... pra esse... reordenamento mesmo, né?!” (G3).*

Nos encontros do FSMES analisados, identificou-se que há um caráter formal em seu início: é composta a mesa de abertura com, via de regra, a coordenação estadual de saúde mental, secretário estadual de saúde e/ou outras autoridades políticas presentes, e/ou representações de serviços e/ou representações do meio acadêmico. É dada a palavra aos componentes⁷², e depois é desfeita essa mesa de abertura. No processo de observação dos encontros do FSMES, a impressão colocada deste momento de abertura é uma relação cordial entre os integrantes da mesa. De uma forma geral, de acordo com o conteúdo transcrito dos encontros, em suas falas, valorizam a existência do espaço do FSMES, informam sobre ações planejadas e/ou desenvolvidas, parabenizam e/ou informam os trabalhos realizados no âmbito estadual e municipal na área da saúde mental e informam sobre algum evento.

Na mesa de abertura, de acordo com as gravações dos encontros analisados, a fala do gestor estadual de saúde é a que possui uma maior duração⁷³ entre os pronunciamentos dos componentes desta mesa. Em geral, em sua fala⁷⁴, o gestor faz os agradecimentos, cumprimenta os presentes, informa e/ou divulga as ações e/ou projetos do governo do Estado no âmbito da saúde em geral e da saúde mental e valoriza a política de saúde mental vigente, bem como o espaço do FSMES⁷⁵.

Basicamente, é uma abertura composta predominantemente pelos representantes do governo, o que já traz uma implicação para a dinâmica do espaço do FSMES de ter como interlocutores principais estes segmentos.

Para G2 o FSMES é

⁷² Dos dois encontros dos quais participei como observadora, o do mês de abril de 2008 não ocorreu o pronunciamento de todos os componentes da mesa de abertura.

⁷³ Em março de 2007, a fala do gestor estadual de saúde durou aproximadamente 11 minutos e 16 segundos; em setembro de 2007, sua fala durou aproximadamente 13 minutos e 37 segundos; em abril de 2008, a duração de sua fala foi de aproximadamente 16 minutos e 52 segundos.

⁷⁴ Nas transcrições dos encontros do FSMES foram identificadas falas do gestor estadual de saúde somente durante a mesa de abertura. Nos dois encontros observados, identificou-se que a permanência do mesmo no encontro se deu nesse momento (na mesa de abertura).

⁷⁵ No conteúdo das gravações dos encontros do ano de 2006 analisados (junho e setembro), não há gravação do momento de abertura.

*“[...] um espaço [...] **coletivo** [...] esse espaço de encontro mesmo, é um espaço de pensar essa política” (G2).*

A direção política e ideológica desse espaço é apontada por G1:

*“[...] democraticamente, um **espaço** construído para **discussão** dos temas atuais, temas pertinentes [...] à **saúde mental, à mudança de modelo, à reforma psiquiátrica, enfim, à luta antimanicomial** [...]” (G1).*

No discurso dos atores representantes do governo e da sociedade civil se transmite o projeto societário da reforma psiquiátrica como o orientador do espaço do Fórum de Saúde Mental. Há uma convergência quanto à orientação política e ideológica da reforma psiquiátrica. Uma das dificuldades vivenciadas na dinâmica de funcionamento desse espaço é a dificuldade de conseguir a participação ativa de segmentos da sociedade civil, de usuários e familiares. Isso nos remete para fora do espaço do FSMES, ao ser verificado que o projeto que lhe é antagônico é hegemônico na sociedade brasileira, ocorrendo nesta um processo despolitizante que coloca em risco a participação dos atores sociais nos espaços de discussão, que tem a proposta de envolvimento da sociedade civil organizada.

Diante do contexto de significações atribuídas pelos atores ao FSMES, o Quadro 8 nos apresenta os diferentes sentidos atribuídos a esse espaço.

	Sentidos	Síntese
O que é o FSMES	Objetividade	É assim
	Espaço que dá, ou deu, certo	Dúvida quanto ao tempo verbal
	Não é o que deveria ser ou É o que não deveria ser	Crítica
	Idealização / Deveria ser	E que, portanto, não é!

QUADRO 8 - DIFERENTES SENTIDOS ATRIBUÍDOS PELOS ENTREVISTADOS AO FSMES.

Na nova formatação adquirida pelo FSMES observou-se que há a difusão do envolvimento não apenas de atores do governo, há a possibilidade da sociedade civil estar naquele espaço e envolver-se no processo de definição das discussões e propostas - estando, porém, a direção concentrada predominantemente nos setores governamentais. Constata-se que o FSMES como um espaço potencial de

participação, a despeito de considerarem um espaço público e coletivo, a potencialidade da sociedade civil de definições e influências nas decisões políticas, é ou está subsumida no interior do discurso técnico.

A pesquisa considera que nos setores do governo e da sociedade civil há heterogeneidade entre atores e projetos. Na análise dos dados, até aqui apresentados, identifica-se que o discurso em nome dos usuários é pronunciado, na maioria das vezes, por setores do governo e não pelos próprios usuários.

Nesse jogo entre o que deveria ser – espaço de aglutinação de forças e difusão do discurso de luta antimanicomial e de pluralidade dos atores envolvidos – e o que é – espaço de demandas e discussão técnica –, o FSMES assumiu uma nova formatação, a partir de 2002, propondo a ampliação e inclusão de diferentes atores e discussões. Assim, nos relatórios de gestão da coordenação de saúde mental da SESA há a indicação de quem faz parte daquele espaço. Como um processo, os relatos apresentam um movimento dentro do FSMES de tentativas de ampliação deste.

*“[...] serviços e profissionais de saúde, agregando as áreas de **saúde mental, Estratégia da Saúde da Família e instituições afins**” (Relatório de Gestão de 2005).*

Essa composição (indicada em 2005) aponta que, a despeito de o FSMES já ter passado em momentos anteriores por mudança dos atores envolvidos – inclusive no mesmo documento há a informação de que se fizeram presentes nos encontros daquele ano instituições da sociedade civil e estudantes – ainda era (e é) marcante a participação dos setores do governo.

Em 2006, o relatório menciona a participação de usuários, bem como cita a participação também de estudantes:

*“[...] profissionais de saúde, gestores, **usuários e estudantes**” (Relatório de Gestão de 2006).*

Nesse relatório de gestão do ano de 2006, o conteúdo da definição e dos atores envolvidos sobre o FSMES já é mais abrangente: define como um espaço coletivo de articulação entre tais atores de maneira a ampliar o debate sobre a saúde mental, contribuir na consolidação da política, bem como veicular as informações acerca da gestão da política de saúde mental. Contudo, veremos mais adiante que a participação de alguns segmentos é ainda tímida.

Fazendo uma análise das listas de presença dos encontros do FSMES ocorridos entre 2005 e 2008 é possível identificar a presença contínua de alguns segmentos em todos os encontros. Foi o caso, por exemplo, dos profissionais e/ou gestores de serviços da saúde mental e/ou de outras áreas da saúde, tanto municipal quanto estadual, aparecendo em todos os encontros (100%) do período analisado (profissionais inseridos, por exemplo, em programas de saúde mental, em equipes matriciais, nos CAPS, etc.). Da esfera estadual há o registro de participação, por exemplo, de profissionais e/ou gestores de hospitais, da Secretaria de Estado da Justiça (SEJUS), do Instituto de Atendimento Sócio-Educativo do Espírito Santo (IASSES), do Instituto Estadual de Saúde Pública (IESP), da Superintendência Regional de Saúde (SRS) e do Centro Regional de Especialidade (CRE). Assim, em todos os encontros do período considerado há representantes do governo (sendo que em todos eles há registros de atores municipal e estadual). Constam ainda as presenças do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e de programas de atenção à família, o que reafirma a relevância do princípio da intersetorialidade nas ações da saúde mental.

Deve-se mencionar ainda a presença do Ministério Público do Espírito Santo (MPES), fundamental no debate e defesa dos direitos dos usuários da saúde em geral e da saúde mental em específico. Há registros deste segmento em duas listas de presença do período analisado.

Há uma diversidade de categorias de trabalhadores participantes do Fórum, como: psicólogos, terapeutas ocupacionais, médicos, psiquiatras, fisioterapeutas, farmacêuticos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, oficineiros, auxiliares administrativo, atendentes, motoristas. Dentre essas categorias de profissionais encontram-se registros de conselhos de classe

profissional em quatro listas de presença do período considerado: Conselho Regional de Psicologia e Conselho Regional de Enfermagem. A diversidade de profissionais demonstra o entendimento de que os usuários da saúde mental possuem demandas variadas, e que, portanto, a intervenção deve levar em consideração as especificidades e contribuições dos diversos e diferentes saberes, constituindo-se em equipes multiprofissionais, já que o modelo orientador das ações preconizadas é o Psicossocial.

Verifica-se a inserção de equipes da Atenção Básica nos encontros do Fórum, principalmente mediante a Estratégia de Saúde da Família. A saúde mental na saúde da família tem como um dos princípios a desmedicalização, isto é “[...] não se apropriar de todos os problemas de uma comunidade como sendo problemas médico-sanitários” (AMARANTE, 2007, p. 96).

Outro segmento consolidado no espaço do Fórum que podemos destacar é a categoria dos estudantes, bem como representantes de instituições de ensino superior, que se fizeram presentes em todos os encontros do FSMES no período analisado. Como um espaço rico, o debate construído no FSMES se coloca como potencial para contribuir com a formação de recursos humanos.

Por outro lado, verifica-se a inserção tímida de alguns segmentos, tais como dos conselhos gestores de políticas públicas (há a indicação desses em três listas de presença, das dez do período analisado) e das instituições e organizações da sociedade civil (há a indicação desses em nove listas de presença das dez do período analisado). Foi identificado que somente uma associação da sociedade civil aparece representada de uma forma recorrente nas listas de presença dos encontros do Fórum (em cinco) do período: a Associação dos Funcionários Públicos do Espírito Santo (AFPES). As demais instituições registradas nas listas foram as seguintes: Associação Capixaba de Pais, Profissionais e Amigos Ligados ao Trabalho com a Saúde da Criança e do Adolescente Portador de Deficiência (ASCAPPA), Associação Capixaba de Redução de Danos (ACARD), ONG Excellence, Associação para um Mundo Melhor (AMME) e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

Outra participação tímida observada é a dos usuários: houve a referência à categoria de usuário somente em duas listas de presença (20%) do total das analisadas no período. Embora seja preconizada pela política de saúde mental vigente a participação de usuários nos espaços de proposição, implementação e acompanhamento das ações em saúde mental, identificamos que no espaço do FSMES, espaço de reflexão e proposição na política estadual, tal preconização não se realiza de forma efetiva, já que não foram em todas as listas de presença do período de 2005 a 2008 identificadas menções quanto à participação de usuários. Não está sendo afirmado que não houve usuários em nenhum outro encontro; o destaque aqui dado, é que enquanto identificação do segmento de usuários, em apenas duas listas de presença houve esse registro.

Este quadro é abordado pelos profissionais como uma questão que, desde o início do FSMES, não se conseguiu saná-la.

*“[...] o assento do usuário e do familiar, né?! que ele também tivesse essa... essa participação, essa discussão, mas... **a gente não conseguia... não conseguiu muito essa... adesão**” (G2).*

Ao buscar explicação para o longo período em que se arrasta a questão da dificuldade em assegurar efetivamente a inserção dos usuários, o entrevistado refere as características e os conteúdos (técnicos) dos assuntos discutidos no FSMES.

*“**Os temas eles acabavam sendo muito... normativos**, muito do funcionamento do SUS. E de certa forma, também uma avaliação minha, de certa forma, **isso pode ter afastado o usuário** [...] Porque assim: os profissionais, os coordenadores queriam entender, mas e aí? **Como é que eu faço, né?!**, **como é que eu faço** porque... eu posso fazer oficina terapêutica lá na unidade? Por que que eu não posso? **Que negócio de portaria é esse?** Então, assim, a gente começou a trazer as discussões normativas do SUS pra dentro do Fórum. Por... por demanda mesmo do próprio profissional, do próprio coordenador. Então assim, **o usuário ele vem pro Fórum muito... de uma forma muito pontual, né?!**” (G2).*

Desse dado identificamos também a não inserção contínua do MLA do Estado do Espírito Santo no FSMES. Nota-se a ausência de registro nas listas de presença dos anos de 2005 a 2007 de representação do MLA e de familiares. E somente na lista do ano de 2008, ou seja, em apenas uma do total analisado, há o registro de representação do MLA (permanecendo ainda, nesse ano, a ausência de registro de

familiares). Cabe aqui esclarecer que não se está afirmando que no período analisado anterior ao ano de 2008 o MLA do Estado não tenha participado dos encontros do Fórum. Mas o que está sendo colocado é que não foram encontrados, naquele período, registros nas listas de presença de representação daquele segmento. Como veremos mais adiante, houve representantes deste segmento em alguns encontros do período analisado. E mais, houve neles pronunciamento. O que é necessário problematizarmos é: por que não estão registrados nas listas de presença de 2005 a 2007 enquanto representação do movimento? Isso nos leva a pensar no fato de que muitos militantes do MLA são também técnicos/profissionais, e muitos dependem de liberação para se ausentar do trabalho para se fazerem presentes nas instâncias participativas, e, com isso, embora sejam representantes também da sociedade civil, no momento de registrar no documento que formaliza a presença desses atores sociais, muitos talvez indiquem a representação governamental para validar aquela ausência.

Bertolote (1995) destaca que a participação no âmbito da saúde, enquanto um direito, poderá ser obtida quando há a inclusão de diferentes setores, como usuários, ex-usuários, familiares, grupos comunitários, sindicatos, organizações de profissionais de saúde, organizações científicas, entre outros. Ou seja, não apenas representantes do poder público, mas também a sociedade civil.

Houve tentativas, segundo relato de um profissional, em tornar o espaço do Fórum mais político, mas os dados apontam que o que predominou foi o técnico-assistencial. Tanto é que

“[...] o que não falta no Fórum são os profissionais de saúde mental, com as mais diversas características, por isso, assim, nem sempre são os mesmos. Então os coordenadores têm assento em certa medida, se eles não vêm, eles mandam representante... gestores, de certa forma, a gente sempre tem, né?! um, dois, ou três, né?! [...] E os outros atores são... são fluídos mesmos, são pontuais” (G2).

C1 informa que houve um período, mas que não soube precisar, que nem sempre o Núcleo se fez presente nos encontros do FSMES.

*“[...] você ficar sempre na mesma [...] tá sempre naquela posição crítico, e tal, então eu confesso que **a gente se ausentou algumas vezes**” (C1).*

Conhecidos os atores e interlocutores presentes (e ausentes) nos encontros do FSMES analisados, agora é preciso apresentar a dinâmica dos encontros.

4.3 A DINÂMICA DOS ENCONTROS DO FSMES: FORMATO, CONTEÚDO DAS DISCUSSÕES, DEBATES, PAUTAS E ATUAÇÃO DOS ATORES

Os primeiros encontros do FSMES – à época como Fórum de Coordenadores – aconteciam numa sala de reuniões da própria SESA. Depois, passaram a ser realizados em um auditório maior, também na secretaria. Atualmente, com um número maior de participantes, são feitos em auditórios de outras instituições⁷⁶.

Os encontros vêm ocorrendo nos municípios da Grande Vitória. Atualmente, são realizados na parte da manhã às sextas-feiras, em locais definidos pela equipe estadual de saúde mental.

Conforme informa G2, a equipe organizadora do FSMES (equipe de saúde mental da SESA) envia os convites por e-mail e fax para “os serviços, algumas pessoas, os coordenadores”, cujos contatos já estão registrados. A expectativa é que esses atores ao receberem o convite contribuam também para a divulgação repassando o convite.

Um limite a esse meio de divulgação o próprio G2 coloca:

“[...] ficando insuficiente, né?! no sentido de que... a gente usa os meios possíveis que o fax e o e-mail... mas que também foca, acaba focando nessas instituições formais, né?!” (G2).

Um dos representantes da sociedade civil nos relata sua iniciativa e que acaba se constituindo num movimento de pressão:

“Eu que às vezes ligo e pergunto quando que vai ser [...] Ou eu olho lá no site se tem alguma coisa... eu ligo perguntando. Eu até às vezes meio que (risos) cobrando

⁷⁶ No período de análise, G2 informa que os espaços para a realização dos encontros do FSMES em outras instituições não possuíam ônus para a SESA, sendo emprestados pelas instituições (públicas ou privadas).

um pouquinho: – e aí? quando é que vai ter? né?! Porque eu acho importante, é um momento das pessoas se encontrarem (C2)”.

O NELAT/ES recebe os convites também via fax, que chega para um representante do movimento em seu local de trabalho, pois, conforme ele mesmo justifica, o núcleo não conta com um espaço físico próprio para onde o convite pudesse ser endereçado:

“[...] Hoje a gente é convidado, a gente é bem-vindo lá [...] [o convite] vem pra cá, pro meu fax, [...] ainda falta um espaço mesmo [...] um lugarzinho pra gente [NELAT/ES] guardar as nossas coisas [...] porque aí esse fax seria endereçado pra lá” (C1).

Como abordado anteriormente, o conteúdo dos encontros do FSMES analisados mostra que há inicialmente um rito formal: composição da mesa de abertura com coordenação estadual de saúde mental, secretário estadual de saúde e/ou outras autoridades políticas presentes e/ou representantes de serviços e/ou representantes do meio acadêmico.

Após a fala dos componentes da mesa de abertura, e esta ser desfeita, é composta em seguida a mesa com convidados que irão abordar/expor a temática do FSMES. A cada encontro há um tema central, abordado pelos convidados especialistas no assunto e/ou que possuem contatos e experiências com a temática. Em seguida, o espaço é aberto para debate, em que os atores presentes terão a oportunidade de dialogar com a mesa e entre si, problematizar os assuntos surgidos, expor suas idéias e proporem pautas para as discussões futuras, bem como para se pensar a política estadual de saúde mental.

Após o encerramento dos encontros do FSMES, alguns profissionais permanecem conversando, trocando e/ou solicitando algumas informações e fazendo orientações. Tal observação é confirmada no relato de G2:

*“Por vários momentos era interessante que **quando terminava o Fórum, esses profissionais vinham até a gente**: – poxa, mas **a gente quer marcar, vamos pensar isso...** [...] – ah, [...] procura o... então, tipo assim, **a gente canalizava mesmo**: – ó, **procura [...] a equipe do município do lado**; você sabia que do lado do seu município tem; **procura fulano**. No próprio Fórum fazia isso. Olha,*

*apresentava um pro outro, assim, **nessa história de buscar criar essas redes informais**, né?! Isso aconteceu [...] por vários momentos, né?!” (G2).*

A expectativa para os representantes do governo, organizadores do FSMES, é que as discussões realizadas cheguem aos lugares onde cada participante está inserido.

Ao procurar saber como as discussões, debates e/ou proposições feitos no FSMES são encaminhados e materializados na política, as falas dos representantes do governo nos informam que se espera que as pessoas participantes do Fórum levem as discussões e proposições até seus locais de atuação, repercutindo em suas ações:

*“[...] a gente... pelo menos espera que aconteça, [...] o estar naquele espaço, possa fazer essa **ressonância**, lá, lá onde os serviços acontecem, né?! E... de certa, de certa medida, eu ousaria dizer, né?! que vem fazendo uma ressonância sim. Até porque as pessoas têm aquele espaço como legítimo, aderem, né?! **viram um canal de interlocução** [...] a gente espera, né?! que ele funcione como essa ressonância mesmo, né?! **que ele possa repercutir lá... no fazer, no município, no pensar, no refletir** desses... **desses sujeitos** [...]” (G2).*

*“[...] **com apoio que é proporcionado com todas as pessoas que participam desse movimento** [...] **as discussões e as conclusões que são tiradas elas são levadas cada uma no seu lugar de interesse** [...] e... **com objetivo de melhorar, melhorar, de mudar** [...] **de ampliação de uma rede substitutiva, de ampliação de uma rede de saúde mental**” (G1).*

Os contatos, diálogos, aproximações, negociações e trocas entre os atores participantes do FSMES são vistos como favoráveis a fomentar o processo de reforma psiquiátrica no Estado.

G2 se recorda que já houve alguns momentos em que foram retiradas do FSMES representações para discutir ou propor assuntos relacionados à rede, como a urgência psiquiátrica, ou assuntos mais amplos, como a discussão do Plano Diretor de Regionalização (PDR)⁷⁷.

“[...] foram esses momentos que eu me recordo, em que a gente desdobrava do Fórum pra tocar a política, entendeu? eram... eram claros isso. – Precisamos... vamos fazer... vamos fazer a representação. E de repente escolhia um do Norte, do Sul, do Centro... né?! pra esses momentos específicos. O Pólo, o Pólo de Formação em Saúde Mental, que a gente estruturou uma vez... pra questão do PDR, pra urgência psiquiátrica, então a pessoa ia como profissional, né?! de um município, mas representando o Fórum. Chegou acontecer isso” (G2).

No decorrer da trajetória de existência do FSMES, as temáticas abordadas variaram. Desde a época da realização das primeiras reuniões acompanhando o percurso de reorientação da assistência, G2 pontua as demandas para as discussões:

*“Dos primeiros momentos era essa questão da **capacitação, da contratação de pessoal e dos nós críticos da Rede, ou seja, como ampliar a oferta de serviço? como assistir na hora da crise? o que é até hoje, né?! A questão da hora da crise... não é à toa que depois de amanhã a gente vai ter uma reunião com o SAMU 192, porque há uma série de queixas hoje do SAMU que não tá dando conta de atender o usuário da saúde mental na hora da crise. Então assim, a atenção à crise e a urgência... sempre foi o nó, né?!” (G2).***

O diálogo se dá num contexto de novas formas de lidar com a crise, novos dispositivos que atendam às demandas. Entre elas a problemática da urgência e emergência. A porta de entrada para os casos agudos no Estado é o Hospital Geral São Lucas, que conta com 08 leitos psiquiátricos. Além desses, há também 16 leitos no Hospital da Polícia Militar (HPM), e 06 no Hospital Santa Rita no município de São Gabriel da Palha (OLIVEIRA; GARCIA, 2009). Um estado composto por 78

⁷⁷ Plano Diretor de Regionalização (PDR)/Espírito Santo, elaborado no ano de 2003 com o objetivo de “Promover a descentralização das ações e serviços de saúde e reduzir as desigualdades mediante criteriosa alocação de recursos, garantindo o acesso da população a serviços e ações de saúde com integralidade e resolubilidade” (ESPÍRITO SANTO, 2003, p. 5). Considerando diversas variáveis (fluxos de saúde, acesso aos serviços, concentração de tecnologia de conhecimento e de produto, economia de escala e de escopo), o Estado do Espírito Santo está dividido em três macrorregiões (Norte; Centro e Sul) e em oito microrregiões (São Mateus, Colatina, Linhares, Serra – Santa Teresa, Vitória, Vila Velha – Venda Nova do Imigrante, Cachoeiro de Itapemirim, Guaçuí (ESPÍRITO SANTO, 2003).

municípios, a realidade estadual é crítica ao ser constatado que não existe ainda nenhum CAPS III (com funcionamento 24 horas).

*“E aí depois teve um outro momento que **a gente começou a trazer, então, já as primeiras pessoas que ou já tinham feito as dissertações de mestrado, ou as especializações pra vir falar, na tentativa de fazer aquela... aquela discussão mais conceitual. Então assim, a gente teve momentos muito técnicos, discutir técnico – assistencial, a gente teve momentos de discutir conceitualmente, também nessa preocupação de que esse... esse profissional da saúde que estivesse começando, né?! a gente vivia sugerindo bibliografia (risos) quem chegava aqui: – ah, eu quero implantar uma equipe, ou eu sou da equipe, eu... ah, no meu município... Aí a gente tinha essa preocupação de sugerir alguns textos básicos, assim, sobre a reforma psiquiátrica, sobre a atenção em saúde mental, pra exatamente tentar, assim, contribuir com esse outro profissional... e teve um momento que o Fórum refletiu muito isso. Eram... tinham discussões mais conceituais, mais teóricas, né?!... Legal, né?!”** (G2).*

As demandas aqui se referem ao processo de constituição das novas ações e saberes em saúde mental: desde a discussão dos novos conceitos a pautar o olhar sobre a temática, realizando nesses termos o exercício de influência à estruturação da rede de serviços. A frase final de G2 expressa seu deslumbramento ao recordar o que de “interessante” já havia ocorrido no espaço do FSMES: para além de discussões técnico-assistenciais, debates teóricos. O que é de suma importância, pois falar em processos de nova orientação do modelo assistencial é reconhecer que é preciso construir novos saberes e novas culturas.

Com o processo de estruturação de alguns serviços e equipes em saúde mental nos municípios, passa-se a levá-las para a discussão no interior do FSMES:

*“E eu me lembro que em vários momentos, a gente começou então a... a pedir no convite que **as pessoas apresentassem as suas experiências, né?! porque a gente trazia os serviços mais estruturados. Então a gente teve muita participação do CAPS Ilha, do CAPS Cidade, do CAPS Moxuara, porque eles já vinham com uma prática, né?! mais consolidada pra que eles pudessem falar no Fórum. Mas aí vinha a dificuldade do interior, porque não era CAPS, e aí o que, que a gente faz? Então a gente começou a chamar o pessoal dos municípios, de equipe [...]** Essa questão de que o Fórum passou bom tempo apresentando relatos de experiências, né?!”* (G2).

Emerge aqui a pauta dos CAPS e a realidade de muitos municípios que ainda não possuem esses serviços, ou que não estão habilitados a receberem repasses para a

constituição desses serviços, os que não possuem e que deverão desenvolver ações em saúde mental na rede básica de saúde, podendo ser organizadas através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que deverão contar com no mínimo um profissional de saúde mental que desenvolverá ações de matriciamento, potencializando as ESF (BRASIL, 2008). No Espírito Santo, os dados indicam que, em 2008, eram 20 CAPS em funcionamento (dos tipos CAPS I, CAPS II, CAPS i e CAPS ad)⁷⁸.

O relato de experiências particulares desenvolvidas pelos municípios é ainda uma prática que se mantém no Fórum, como pode ser constatado no Quadro 9. Entre os serviços que relataram suas experiências há aqueles que desenvolvem ações ambulatoriais em unidades de saúde e também aqueles que possuem uma estrutura maior. Por exemplo, já foram apresentadas as experiências de Castelo, Anchieta, Vitória, Serra, Cariacica. Abaixo, um desses relatos⁷⁹ exemplifica o contexto de impulso para o início das atividades de estruturação das ações:

*“[...] Eu elegi [...] essa conferência que foi realizada em Vila Velha, em 2001, como assim o evento que propiciou para que o nosso município [...] realmente, assim trilhasse né?! novos rumos na saúde mental, porque até essa conferência, não existia no município qualquer ação de municipalização e atenção em saúde mental. **O trabalho era feito, só a nível de vagas pros hospitais psiquiátricos, que realmente era feito por intermédio sempre de uma assistente social, que o paciente procurava, procurando já vaga né?! pra internação. A partir dessa conferência [...] ela trouxe para os municípios a necessidade de repensar o modelo assistencial na área de saúde mental através da reorganização da assistência básica de forma a oferecer suporte ao tratamento a nível ambulatorial objetivando reduzir as internações hospitalares [...] a implantação do projeto a nível municipal na verdade ele só ocorre em abril de 2003, nós tivemos praticamente...né?! de outubro de 2001 a abril de 2003”** (Participante do encontro do FSMES de junho de 2006).*

⁷⁸ A portaria 336/2002 classifica os CAPS nas seguintes modalidades: CAPS I, que possui capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II, em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III, em municípios com população acima de 200.000 habitantes, ofertando atenção durante 24 horas (inclusive, nos finais de semana e feriados); CAPS i II, direcionado ao atendimento a crianças e adolescentes, para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou podendo ter outro parâmetro populacional que será definido pelo gestor local; CAPS ad II, para as pessoas com transtornos oriundos do uso e dependência de substâncias psicoativas, em municípios com população superior a 70.000 habitantes (BRASIL, 2002a).

⁷⁹ A referência às falas dos participantes dos encontros do FSMES também é feita no gênero masculino.

O relato da experiência descreve o movimento de busca pela superação do modelo manicomial (de uma prática de legitimação da centralidade do hospital) em direção à mudança. Foi atribuído ao espaço da conferência estadual o impulso desencadeador de tal processo.

Um outro participante já debatia, à época, sobre a expectativa da realização da IV CNSM.

*“[...] a gente já sabe que tem um movimento dentro do Ministério da Saúde pra realização então da **quarta conferência** que deveria ter acontecido em 2005, não foi convocada, 2006 tudo indica que não, **então há um movimento pra que ela seja convocada em 2007**. E a gente sabe que o espaço da conferência é o espaço de **novas propostas**, de novas problematizações, então assim, a gente já quer começar esse debate [...] aprofundar **esse debate pra ao chegarmos à conferência também a gente já... pensar em novas propostas e como fazer os avanços então pra saúde mental aqui no Espírito Santo**” (Representante do governo, participante do FSMES de junho de 2006).*

No FSMES há a valorização de seus atores por estes espaços. A IV até hoje, não se realizou. Esse espaçamento parece ser uma tendência da área – entre a segunda e a terceira, o intervalo foi de nove. A XIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, deliberou pela realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2009, mas até o momento não há qualquer chamada para sua realização.

Nas primeiras tentativas de dar um novo formato ao Fórum, foram escolhidos como interlocutores privilegiados os usuários:

*“Olha que legal, é... a gente teve momentos em que a gente colocava isso, assim, vamos chamar, **vamos trazer o usuário, levamos o usuário pra mesa, naquela, naquela... naquela linha também de mostrar pro pessoal que tava começando com os serviços: - olha, como é importante o Movimento do Usuário, como o usuário de saúde mental, né?! ele... ele ganha espaços, ele ganha autonomia com os serviços, pra não repetir aquela lógica hospitalocêntrica, né?! e do... e da tutela**” (G2).*

Datas	Temas
Março de 2005	- Direito e a proteção das pessoas com transtornos mentais - A saúde mental no PDR - Cronograma das reuniões do Fórum
Junho de 2005	Indicadores para acompanhamento da política estadual de saúde mental
Agosto de 2005	- Modelo de Atenção Psicossocial - Apresentação da implantação dos serviços nos municípios
Dezembro de 2005	- Discutindo normalização em saúde: urgência emergência; saúde mental em todos os pontos de atenção. - Planejamento para 2006
Abril de 2006	Saúde mental na atenção primária: os desafios da prática territorializada em saúde mental
Junho de 2006	Rumos da saúde mental nos municípios
Setembro de 2006 ⁸⁰	A participação e o fortalecimento do movimento de usuários e familiares na reforma psiquiátrica
Março de 2007	Pacto pela Saúde: consolidando o SUS
Setembro de 2007	Pacto pela Saúde ⁸¹
Abril de 2008	Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: experiências das Equipes de Apoio à Saúde da Família (Os municípios que apresentaram suas experiências foram Serra, Cariacica e Vitória).

QUADRO 9 - TEMÁTICAS ABORDADAS NOS ENCONTROS DO FSMES ENTRE O PERÍODO DE 2005 A 2008

Na fala do representante do governo, este visualiza o espaço do Fórum como um *lócus* no qual contribuiria para a inserção e protagonismo do novo ator em saúde mental, o usuário, para que este saia da condição historicamente imposta de passividade e submissão.

Frente às dificuldades encontradas no seu processo de formação, não se insistiu naquela proposta.

“Mas na hora em que começamos a... então pedir que o Fórum fosse... quando não deu certo a história desse colegiado, aí a gente começou assim: – ah, então vamos no próprio Fórum definir os temas em que a gente quer discutir. E o que, que aconteceu? Os temas eles acabavam sendo muito... normativos, muito do funcionamento do SUS. E de certa forma, também uma avaliação minha, de certa forma isso pode ter afastado o usuário, tá? Porque assim: os

⁸⁰ Para o mês de dezembro de 2006 estava prevista a realização de um encontro do FSMES, que foi suspenso devido às fortes chuvas em Vitória. O tema programado era “Pacto pela Saúde: consolidando o SUS”, que foi transferido para o encontro do mês de março de 2007 (ESPÍRITO SANTO, 2007b).

⁸¹ Nesse encontro houve o lançamento do Plano de Expansão da Rede de Saúde Mental, cujo projeto é a construção de quatro CAPS (dois CAPS I nas macrorregiões Norte, Centro e Sul, e dois CAPS ad nas macrorregiões Norte e Sul), financiados pelo governo do Estado.

profissionais, os coordenadores queriam entender, mas e aí? Como é que eu faço, né?! [...] Então, assim, a gente começou trazer as discussões normativas do SUS pra dentro do Fórum. Por... por demanda mesmo do próprio profissional, do próprio coordenador [...]” (G2).

A demanda privilegiada a partir daqui passou a ser a dos profissionais e gestores pelo caráter informativo e instrutivo que o espaço representava. Como reflexo dessa focalização, o próprio G2 identifica impactos para os usuários. O predomínio da razão tecnoburocrática dificulta, assim, a participação dos atores da sociedade civil, pois requer a partilha de um conhecimento técnico que o usuário não possui. No âmbito do FSMES, a dimensão técnico-assistencial é a que vem sendo mais focada.

“Então ele [o FSMES] também ele traz um... um pouco de dimensão dessa... técnico-assistencial, tá? E aí o... o, o, o Movimento da Luta, ele fica com essa dimensão mais política, né?! de pensar politicamente, de envolver esse usuário, né?! também mais diretamente” (G2).

Há aqui um grande risco em se pensar que discussões políticas na saúde mental se limitam ao espaço da Luta Antimanicomial, e as demais esferas, onde a saúde mental é foco de discussão, excluam em seus debates a perspectiva de se pensar politicamente as concepções, as ações propostas, as estratégias a serem criadas e os atores a serem inseridos no processo de transformação dos cuidados em saúde mental.

Nas referências sobre o FSMES contidas no relatório de gestão do ano de 2006 é informado o foco dos temas:

“[...] focando seus temas na gestão das políticas, na organização e ampliação do acesso aos serviços de saúde e na construção de uma agenda intersetorial (Relatório de Gestão de 2006, sp)”.

Observa-se que a pauta apresenta temáticas que versam sobre normalizações do SUS e da saúde mental e a interface desta com o nível da atenção primária em saúde. Isso contribui para assegurar que nos serviços de base comunitária haja qualificação do cuidado à saúde mental, prevendo capacidade resolutiva já nesta

esfera. Nesse período estava ocorrendo no cenário nacional a expansão das equipes mínimas de saúde mental⁸².

No que se refere aos temas políticos e sociais, em dois encontros daquele período (um em 2005 e outro em 2006) foi estabelecida a temática que retrata os direitos dos usuários e o movimento social em saúde mental. Tais assuntos também surgiram em alguns encontros que não possuíam como tema central esses focos, e foram puxados por profissionais e representantes do MLA.

Percebe-se que, no período considerado, o FSMES tratou de temas que correspondem a algumas pautas presentes na agenda da política nacional de saúde em geral e da saúde mental:

- a) temática dos processos e instrumentos de gestão do SUS: o Pacto pela Saúde, níveis de atenção à saúde, com destaque à atenção primária; ações municipais;
- b) temática de cunho político e social, com discussão da temática dos direitos e da participação dos usuários;
- c) temática conceitual do modelo que orienta as ações, o Psicossocial.

Além dessas categorias, entre os temas estabelecidos para debate, há aqueles que se inscrevem no âmbito estadual: discussão da saúde mental no PDR e fomento ao debate sobre indicadores à política.

Apresentado os temas centrais dos encontros ocorridos no período considerado, vejamos agora o desenrolar das discussões. O Quadro 10 nos mostra os principais pontos abordados pelos atores em cada encontro. Indica-nos ainda que, dos conteúdos dos encontros gravados e analisados, em apenas dois o usuário apareceu como locutor, o que sinaliza a dificuldade em conseguir a adesão

⁸² O estudo de Oliveira (2009) nos mostra que há casos em que a equipe mínima de saúde mental no Espírito Santo não se articula com a Estratégia de Saúde da Família, a qual acaba assumindo a responsabilidade fazendo uma atenção insuficiente. Ou seja, a equipe não está funcionando na proposta de matriciamento.

permanente desse segmento como um ator protagonista no espaço do FSMES. E na maioria das vezes são técnicos que falam por eles.

Dos três encontros, no período de 2006 a 2008, que tiveram falas sobre participação há como conteúdo a necessidade de fomentar o processo de participação social dos usuários e seus familiares nas ações, programas e serviços da saúde mental. Em sua maioria, essas questões são enunciadas por representantes do MLA. A seguir, encontram-se três trechos que retratam o sentido da participação social difundida por representantes da sociedade civil, que são também técnicos:

*“[...] a gente precisa ver dentro das nossas realidades é lutar também por nosso espaço como profissional do **fortalecimento desse serviço** de um **serviço de qualidade** pra que a gente possa acolher essa família e fazer que essa família **assuma seu papel como protagonistas, e dos usuários também pra fortalecimento do movimento** [...]”* (Representante da sociedade civil, participante do FSMES de setembro de 2006).

*“[...] fazer uma reflexão nesse sentido assim... até como dos indicadores **a participação né?! dos envolvidos nos processos né?! qual o número, vamos dizer, de representatividade, de participação de familiares dos usuários nos processos de serviços de saúde mental, já se seria um bom indicador, né?!**”* (Representante da sociedade civil, participante do FSMES de setembro de 2007).

Como um processo reflexivo, a participação dos usuários da saúde mental foi posta em debate. Mas essa participação acaba circunscrita ao espaço do serviço. E não é problematizada ou debatida, de forma ampla, a participação social nos processos decisórios de formulação, definição, implantação e fiscalização das políticas públicas – no caso, a política de saúde mental no estado.

Encontros	Temas	Quem fala	Principais pontos abordados nas falas
30/06/2006 ⁸³	Rumos da saúde mental nos municípios	<ul style="list-style-type: none"> - Gestores - Profissionais - Assessor de Política do Ministério Público Estadual 	<ul style="list-style-type: none"> - Convocação do representante do governo estadual à plenária para que o debate seja aprofundado lembrando-se da importância de retomar o debate sobre as Conferências de Saúde Mental (justificativa utilizada: movimento no interior do MS para realizar a quarta nacional – o que até o momento não se realizou). - Experiências de programas municipais de saúde mental. - Debate sobre as resistências dos defensores do modelo hospitalocêntrico à reforma psiquiátrica. - Família. a) serviços relatando sobre as atividades desenvolvidas para a sua inserção; b) Pensada como meio favorável para possibilitar o processo de tratamento do usuário. - Dependência Química / Álcool e outras drogas: a) identificada como uma das dificuldades no trabalho; b) estratégia construída: “[...] eu vejo assim que a chave tanto pra dependência química, quanto pro transtorno mental, é o grupo de terapia familiar, tem, tem uma frase que fala assim, né?!: - Se não consegue pegar passarinho, pega a gaiola. E é isso que a gente acredita, que a partir da família a gente vai conseguir chegar até o dependente químico” (Participante do FSMES, junho de 2006).
29/09/2006	A participação e o fortalecimento do movimento de usuários e familiares na reforma psiquiátrica	<ul style="list-style-type: none"> - Representantes do MLA - Usuários - Profissionais - Gestor 	<ul style="list-style-type: none"> - Família / Acolhimento: a) considerada importante para o processo de reforma psiquiátrica; b) realidade estadual: pouca participação de familiares no MLA; c) demanda em assegurar a participação dela nos serviços. - Depoimentos dos usuários sobre suas experiências pessoais de tratamento. - Luta Antimanicomial: em direção à cidadania, aos direitos dos usuários. - Internações: orientações quanto aos procedimentos para internação (verificar se estão fundamentadas no que a lei determina); b) as internações por motivos das drogas (é necessário falar delas); - Protagonismo de usuários / Ass. de Usuários e Familiares: necessidade em fomentar a formação de Associação no estado. - Participação: dos usuários e familiares nos espaços públicos e nos serviços. - Neoliberalismo: impacto nos processos participativos. - Informes. - Menção sobre as experiências de Itaguaçu, Itarana e Domingos Martins.

⁸³ Embora não há o conteúdo na íntegra das discussões realizadas do encontro do mês de junho de 2006, a parte que dispomos contém trechos relevantes para as reflexões das falas do FSMES, e por isso está inserido no quadro acima.

16/03/2007	Pacto pela Saúde: consolidando o SUS	<ul style="list-style-type: none"> - Gestores - Representante da instituição de ensino que sediou o evento - Profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> - Informes. - Relação meio acadêmico e prática profissional. - Política de Saúde Mental: avanços. - Desospitalização: avanços. - Dependência Química: agravo social e público. - Pacto pela Saúde. - Territorialização. - PDR. - Recursos Financeiros aos serviços. - Corporativismo médico: para o participante, contribui para o não cumprimento das diretrizes do SUS.
4/09/2007	Pacto pela Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Gestores - Professora - Representante do MLA - Profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> - Expansão da Rede de Saúde Mental. - Desospitalização: avanços. - Lançamento de cursos de aperfeiçoamento. - Pacto pela Saúde / Indicadores – iniciar discussão e proposta de indicadores. - Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária. - Assistência Farmacêutica. - Participação: proposta para ser um indicador.
11/04/2008	Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: experiências das Equipes de Apoio à Saúde da Família	<ul style="list-style-type: none"> - Gestores - Profissionais - Representantes do MLA - Usuário 	<ul style="list-style-type: none"> - Relatos de experiências. - Matriciamento / Saúde Mental e Equipes de Saúde da Família. - Importância de estudar o FSMES. - Investimento financeiro na saúde no ES. - Investimento na formação de recursos humanos. - Necessidade de fortalecimento do processo de participação social e o exercício da cidadania dos usuários, familiares e trabalhadores. - Contratos temporários: Entraves. - Internação: proposta de discussão para o próximo Fórum.

QUADRO 10 - SÍNTESE DOS ENCONTROS DO FSMES TRANSCRITOS E ANALISADOS.

“[...] é uma carta que foi produzida numa reunião do Movimento da Luta Antimanicomial. Ao serviço de saúde mental do estado, o Núcleo estadual da Luta Antimanicomial em reunião de avaliação do sétimo Encontro Nacional da Luta Antimanicomial realizado em Vitória [...] constatou que há uma necessidade urgente de fortalecer o processo de participação social e o exercício da cidadania dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Considerando os princípios preconizados pela reforma psiquiátrica entendemos que o serviço de saúde mental principalmente os CAPS, tem a responsabilidade de trabalhar essas questões e o empoderamento dos sujeitos. Nesse sentido, todas as suas atividades incluindo as oficinas terapêuticas devem ter o compromisso de trabalharmos com esse objetivo. Visando contribuir para o alcance desses objetivos, tiramos como indicativo que o serviço de saúde mental, principalmente os CAPS desenvolvam na sua grade de atividades a oficina de cidadania. Tal oficina possibilitaria a discussão de temas pertinentes aos direitos e deveres dos usuários [...] Tal oficina seria um dispositivo que contribuiria para participação dos movimentos sociais principalmente o Movimento da Luta Antimanicomial, grupo de geração de renda, Associação de Familiares e outros [...] Essa carta foi produzida porque nós constatamos a

fragilidade de conhecimento dos familiares e usuários. Como as pessoas elas podem tá reivindicando os seus direitos se elas não tem oportunidade de tá tendo acesso a essas informações?! Então aqui fica o pedido [...] em nome do Núcleo da Luta Antimanicomial que essas oficinas elas sejam começadas” (Representante da sociedade civil, participante do FSMES de abril de 2008).

Há aqui um alerta do movimento social em saúde mental quanto à necessidade de fortalecimento da participação social na área no Estado. Para tanto, a aposta é feita nos serviços de saúde mental para que fomentem em suas atividades discussões sobre os direitos e deveres dos usuários. A família é abordada nas falas como um componente fundamental para potencializar os objetivos da reforma psiquiátrica, retratada, assim como os usuários, não como um objeto para intervenção, mas entendida na perspectiva de um ator social e político. Mas isso não exclui o reconhecimento de entraves que paralisam esse processo.

Por exemplo, no encontro do mês de setembro de 2006, entre as falas de representantes do MLA e profissionais da saúde mental sobre a participação social, um participante ampliou o seu olhar e retratou como aquele processo é dificultado com as políticas neoliberais, num contexto de reestruturação produtiva, utilizando os seguintes argumentos: a família possui uma sobrecarga de trabalhos para garantir a sua sobrevivência na sociedade, tendo diminuído o tempo para participar do movimento da Luta Antimanicomial; as famílias estão vulneráveis nesse processo; Estado neoliberal transfere a responsabilidade para as famílias proverem a atenção de seu familiar:

“[...] a gente não pode esquecer de uma questão muito mais ampla da nossa sociedade [...] que é a política neoliberal e uma sociedade de reestruturação é... produtiva. O que, que isso interfere na participação desse usuário e desse familiar? Num primeiro momento, esse usuário e esse familiar, que chega lá, ele é... não sabe todos os percursos, né?! de desemprego pela via da reestruturação produtiva. Então ele é um sujeito que ele tem que trabalhar fora [...] ele tem que dar conta do seu usuário lá, né?! em crise ou com transtorno. Então, qual é o tempo que ele tem pra participar desse movimento da Luta? Como é que ele percebe isso? Uma outra questão [...] No Estado de Bem-Estar Social, existia todas aquelas políticas, mesmo que seja política compensatória, mas tinha aquelas políticas onde aquele sujeito poderia tá procurando ser protegido. O Estado fazia uma certa proteção nesse sentido. Com a crise, com a crise da reestruturação capita... é, reestruturação produtiva e a institucionalização do Estado neoliberal há um forte grupo, né?! nessas políticas. Isso vai reduzir ao mínimo mesmo, a um Estado mínimo. E aí aquele Estado que cuidava daquele sujeito ele chega pra família: -

toma aí que o filho é teu! E essas famílias já vulnerabilizadas com todo esse processo [...] É essa família que vai chegar lá nos nossos serviços, e é essa família que nós, enquanto profissionais, essa família que vai procurar essa ajuda, enquanto profissionais vamos receber. É a gente que tá lá na ponta, que sofre todo esse embate. E aí? como é que a gente vai tratar essa família? Como é que é trabalhar a cidadania dessa família, abrir essa questão, a gente sabe que...questões terapêuticas é... são responsabilidades realmente do serviço. Mas para a questão da reforma psiquiátrica, isso sim vai um pouquinho mais além. A gente vai trabalhar uma questão da cidadania, e aí como é que é trabalhar essa família, como é que é trabalhar esse usuário, extremamente vulnerabilizado por todo esse processo? Esse é o grande desafio, né?! E como é que nós profissionais, como que nós profissionais, vamos tá incentivando essa família a tá participando desse movimento maior? E o movimento que vai de encontro, né?! a questão de melhoria de serviço, vai de encontro a inclusão desse sujeito na sociedade da forma que ele é, da forma que ele tem, que não seja [...] excluído. E aí essa família já traz esse movimento de exclusão também, ela sofre a exclusão, mas ela também trabalha, ela exclui esse sujeito porque ela não dá conta disso aí. E esse é o grande desafio, né?! [...] E esse é o grande debate que a gente traz aqui [...]" (Participante do FSMES de setembro de 2006).

Nesse discurso encontram-se alguns dos desafios que o projeto, contra-hegemônico, democrático participativo enfrenta diante da hegemonia neoliberal. Desafios esses que perpassam os espaços participativos nas políticas públicas sociais, entre elas, a da saúde mental.

Uma realidade do Estado no aspecto político, que reflete na tímida atuação desses segmentos no exercício de pressão e luta por garantia de direitos aos órgãos públicos, é abordada e debatida por profissionais, representantes do MLA e usuário, também no encontro do FSMES em setembro de 2006: a inexistência no Estado de Associação de Usuários e Familiares. Assim, um profissional relata e propõe:

*"[...] tô propondo, né?! é uma outra coisa, que a gente possa estar saindo daqui hoje, de uma outra proposta, **onde os usuários sejam mais [...]** protagonistas mesmo, né?! por exemplo, **que tal fazer uma Associação de Usuários e Familiares, né?! que possa ser independente do serviço**, por mais que o serviço é...dê apoio, por mais que o serviço seja importante, é ... eu acho que não dá pra gente ficar, assim, eternamente grato ao serviço, a gente tem que fortalecer o serviço, eu acho que isso vem acontecendo, mas o que eu queria propor hoje era isso, né?! **que a gente pudesse pensar aqui hoje a criação de uma Associação de Usuários e Familiares. Porque essa Associação de Usuários e Familiares nem sempre vai bater palmas pra nós coordenadores, pra nós gestores, pra nós coordenadores de CAPS, né?! E eu acho que a gente precisa disso, né?! de pessoas que não estejam batendo palmas o tempo todo, mas estejam juntos nessa luta, que muitas vezes a luta dos técnicos não é suficiente, e a***

luta dos usuários e familiares ela vai ser efetiva quando ela for organizada, que um ou outro, né?! a gente não tem força, a gente tem força enquanto sociedade civil organizada". (Participante do FSMES de setembro de 2006).

Têm-se aqui os limites postos à conquista e defesa de direitos, quando o movimento em defesa desses não agrega os sujeitos afetados pelos agravos sociais. E mais que isso, sujeitos que sejam agentes questionadores e propositores nos espaços de discussão e deliberação dos interesses públicos e sujeitos que denunciam as contradições hoje existentes no processo de operacionalização das políticas públicas. Mas também o potencial inscrito no usuário/família não exclui o papel e o compromisso ético dos técnicos com o seu trabalho. E mais: essa proposta não pode ser criação do técnico.

Dialogando com a fala acima, um representante do MLA (e técnico) adverte para o processo de formação daquela organização, pontuando os eventuais equívocos que possam surgir das propostas:

"[...] eu concordo em gênero, número e grau com essa questão, né?! de, de de, dessa coisa desse encantamento dos familiares dos usuários pelo serviço que a gente precisa, né?! é, é, é... possibilitar esse processo de mudança, isso daí. Mas não cabe a gente, acho que é contraditório aqui, em grande maioria de profissionais, de técnicos no serviço, falar de se criar uma Associação de Familiares e Usuários, isso tem que ser uma proposta que a gente consiga fazer essa discussão nos serviços, que as famílias, que a gente seja mediadora dessas propostas, mas nós não podemos ser protagonistas dessa proposta gente! Senão, como que nós vamos criar uma Associação de Familiares e Usuários? nós técnicos, isso é contraditório, mais uma vez nós estamos tutelando isso daí. É a gente... não tá, é porque assim, né?! achei importante nós como serviço sermos mediadores desse processo, a gente assumir enquanto serviço isso como questão da reforma psiquiátrica da importância disso, e a gente, né?! e sinalizar, por isso que eu falei que eu concordo em gênero, número e grau com _____ [cita o nome do propositante], sinalizar que isso tem sido evidenciado nos serviços, as pessoas encantadas pelo serviço, e a gente não está possibilitando uma discussão da questão da cidadania deles como protagonista desse processo. Mas acho que discutir, né?! inclusive pra fortalecer o Movimento da Luta Antimanicomial né?! o movimento social, então era essa questão aí" (Representante da sociedade civil, participante do FSMES de setembro de 2006).

Motivando-se em participar do debate, um usuário toma a palavra e, no seu entendimento, busca sintetizar o que para ele os profissionais demandavam em suas falas:

“Eu acho, eu acho que... será que o... será que o... que vocês estão pensando no lugar de a Associação não seria um sindicato (risos)? talvez poderia ser um sindicato pra vocês do CAPS! É... pros funcionários do CAPS, um sindicato dos funcionários do CAPS, porque de sindicato eu entendo, eu entendo pouco, porque eu trabalhei, eu, quando eu é... antes de adoecer eu trabalhei em farmácia então tinha o “sintofarma” que era o sindicato dos balconistas de farmácia, farmacêutico é... então talvez falta um sindicato pra os funcionários do CAPS, dos CAPS, né?! porque vocês... não adianta vocês só é... suar a camisa, vestir a camisa, levantar a bandeira, e não ser é... bem, olha é... bem, não ser bem... é... ser bem... aceito, né?! Acho que vocês devem lutar também por vocês, né?! pelo sindicato do, do, dos funcionários do CAPS” (Participante do FSMES de setembro de 2006).

Em vez de transferir para o usuário, o usuário lembra que também os técnicos têm que lutar por melhores condições de trabalho, ou seja, aponta para os problemas no cotidiano de seus trabalhos. Os estudos de Reis (2006) e Reis e Garcia (2008) mostram alguns problemas e dificuldades que os trabalhadores inseridos num serviço extra-hospitalar enfrentam, tais como precarização do vínculo empregatício (em 2005, mais de 50% dos trabalhadores do CPTT/Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPS ad –, eram temporários) e dificuldade de trabalhar em rede, pois, conforme relatam, há serviços que não conhecem um ao outro.

Dificuldades vivenciadas no processo de trabalho pelos profissionais já foram abordadas por participantes do FSMES. No encontro do mês de abril de 2008, alguns profissionais, ao relatarem suas experiências municipais de matriciamento em saúde mental, mencionaram a respeito dos contratos temporários dos agentes comunitários de saúde, e, no momento do debate, um participante na plenária lembrou também dos trabalhadores inseridos nos CAPS com vínculo temporário. Identificaram ser um obstáculo nas ações propostas para o novo modelo de atenção à saúde mental, pois compromete a continuidade de tais ações.

“A substituição de todos os agentes comunitários de saúde dos bairros [...] devido ao vencimento dos seus contratos temporários de prestação de serviço com o município. Assim, quando nós acabávamos de tá capacitando uma equipe inteira, né? de um bairro, esses agentes comunitários já iriam todos eles cortados. Então assim, isso era algo que também complicava a continuidade de um trabalho” (Representante do governo, participante do FSMES de abril de 2008).

“[...] excesso de contratos temporários [...]” (Representante do governo, participante do FSMES de abril de 2008).

Essa forma de contratação remete ao processo de desregulamentação e flexibilização do processo produtivo que vem impondo ao trabalhador precárias condições de trabalho e violação de seus direitos. Reis (2006) e Reis e Garcia (2008) identificaram que o contrato temporário do profissional com o serviço traz implicações em diversos âmbitos: na relação entre os profissionais – o que compromete as articulações das ações –, na relação entre profissional e usuário – ao influenciar no processo de tratamento do usuário – e no serviço ofertado – ao comprometer a continuidade dos projetos e ações desenvolvidas.

Assim, um integrante do MLA faz um apelo ao poder público:

*“[...] o que me chamou atenção nas falas foi o seguinte: **a questão dos contratos temporários, eles ainda são os entraves né?! é... para o andamento do... do tratamento, porque a pessoa que chega no serviço, é a primeira vez que ela vai trabalhar no CAPS, aí ela chega, ela tem um período de, de, de se adaptar, quando ela começa a adaptar aí venceu o contrato. Então que os nossos governantes pudessem estar... é... dando um jeito de... amenizar mais essa questão, né?! porque... realmente é um entrave**” (Representante da sociedade civil, participante do FSMES de abril de 2008).*

Um outro entrave relatado por um profissional, também identificado durante a experiência de apoio matricial em saúde mental em seu município, foi ter se deparado, na época do desenvolvimento do trabalho, com a ausência de capacitação e supervisão para os membros da equipe matricial por motivos de falta de recursos financeiros para aquela atividade:

“A ausência de capacitação e de supervisões para os membros da equipe matricial devido a falta de recursos financeiros. É, assim, nós existimos durante esse período e nunca, em momento algum, tivemos a supervisão de... ninguém, né?! A gente até tentou um profissional da rede, mas isso não deu muito certo e aí nós fomos caminhando e construindo isso sozinhos [...] nós tivemos que ir, ir... tentando construir algo que não existia por aqui” (Representante do governo, participante do FSMES de abril de 2008).

Assim, os recursos financeiros aparecem como um fator relevante para viabilizar as condições necessárias na implementação das ações.

Um representante do governo, em face da proporção que aquele debate toma (sobre a sugestão de formação da associação de familiares), tenta esgotar aquela discussão, retomando e resumindo o conteúdo das falas:

*“[...] essa é uma discussão que por si só, **ela já é complexa**, e não vai ser num único dia, num único evento que nós vamos esgotar, né?! As considerações de _____ [cita nome] em relação de que não cabe ao serviço puxar uma Associação é... de usuários e familiares, né?! há que se considerar, mas a discussão que o... tava propondo é que o núcleo pudesse começar a amadurecer, né?! e a _____ [cita nome] complementa, então, que cada um de nós sejamos gestores, sejamos profissionais das equipes de saúde mental, sejamos profissionais dos CAPS [...] pudéssemos fazer essa ação de ampliar a participação e a discussão a partir do Núcleo da Luta Antimanicomial, né?!”* (Representante do governo, participante do FSMES de setembro de 2006).

O profissional que lançou a proposta esclarece a sua fala e justifica a razão da sugestão, questionando a composição do FSMES:

*“Eu acredito [...] que **minha fala foi entendida equivocadamente**, eu não falei que os profissionais tem que fazer a, a... fazer associação (risos), pelo contrário, **eu tô convocando os usuários, né?! e que com certeza vai ser intermediado em algum momento pelo serviço. Agora eu acho que isso aqui é um Fórum, não é um Fórum de técnicos. É um Fórum de pessoas interessadas na reforma psiquiátrica, então por que que isso aqui está sempre lotado de técnicos? Por que? É uma questão que eu venho colocando há muito tempo aqui nesse Fórum, tá? Eu tô meio provocando mesmo (risos)**”* (Participante do FSMES de setembro de 2006).

O representante do MLA enfatiza que o assunto em questão já foi alvo de discussão no NELAT/ES, destacando, contudo, as condições para permitir a construção da proposta:

*“Essa discussão da, da Associação ela já vem debatida há muito tempo, dentro das reuniões da Luta Antimanicomial, e nós, nós vamos, assim, adiando, adiando, [...] mas como criar uma Associação se os familiares não participam? Por isso que no início da minha fala, eu falei que... que nós deveríamos estar pensando, né?! o que fazer pra estar é... conscientizando e fazendo com que os familiares participem. **Na medida que os familiares começarem a participar aí sim, a gente pode tá criando essa Associação**”* (Representante da sociedade civil, participante do FSMES de setembro de 2006).

Uma questão que é relevante: as resistências dos hospitais psiquiátricos privados. Em dois encontros, ambos em 2006, há referências de profissionais, de

representante do MPES e de militantes às oposições ao processo da reforma psiquiátrica. No encontro do mês de junho de 2006, um participante – equipe estadual de saúde mental – socializa no FSMES as investidas que a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) está fazendo, divulgando e encaminhando cartas para sensibilizar os poderes públicos e a sociedade a serem contrários à reforma psiquiátrica. O participante lembra aqui das resistências que os grupos beneficiadores da lógica hospitalocêntrica investem à reforma psiquiátrica. O ano de 2006 foi marcado por fortes intensificações das críticas – veiculadas nos meios de comunicação – à política nacional de saúde mental.

*“[...] eu gostaria de estar aqui nesse momento não mostrando pra vocês o que eu vou mostrar, enfim [...] **na contra-mão né?! vem a Federação Brasileira de Hospitais, nesse momento, ela encaminha pra Secretaria Estadual e pede apoio ao secretário estadual de saúde, contra a Reforma, Federação Brasileira de Hospitais é uma... uma entidade, provavelmente, privada que vai falar dos valores pra eles né?! Então eles estão divulgando, e... eu vou socializar com a plenária, um alerta à nação, um alerta aos familiares e usuários dos hospitais de psiquiatria vinculados ao SUS, e o cartaz horroroso, chamado Denúncia à Nação, basta de hipocrisia, maledicências e infâmias. O Departamento de Psiquiatria adverte... aí segue [...] o Ministério da Saúde faz mal ao hospital de psiquiatria e coloca em risco as continuidades do tratamento dos pacientes internados. Essa questão do alerta aos familiares dos usuários, é pior ainda, aqui a Federação Brasileira ela critica a reforma e fala que o Ministério, por exemplo, paga uma diária de um doente internado menor que uma diária de estacionamento de veículos, por exemplo, né?! Ela fala, ela fala que o valor da permanência [...] do paciente vale menos que o valor de um cafezinho expresso. E ela vai usando esses dados, assim, e fala que o país existe um déficit de vinte e um mil leitos de psiquiatria, e mesmo assim o Ministério da Saúde quer fechar os hospitais conveniados ao SUS, tá entendendo? E, e... denuncia isso aqui, eles colocam essas questões, coloca um alerta à nação, que vem reiterar alerta à população, às autoridades, especialmente, do Ministério Público Estadual e Federal. [...] infelizmente a gente tem que socializar porque é... o nosso trabalho é pela reforma [...]***” (Representante do governo, participante do FSMES de junho de 2006).

No relato do gestor, identifica o compromisso pela socialização das informações, lamentando o teor das que estava informando, e ao mesmo tempo se posiciona politicamente a favor da reforma psiquiátrica.

Após esta fala, um assessor de políticas do MPES se pronuncia, ressaltando que essas iniciativas representam que os trabalhos que a saúde mental vem realizando no país estão avançando tanto que incomodam esses grupos. Propõe que a

resposta do país àquelas divulgações é também divulgar os trabalhos que o setor saúde mental vem realizando, mostrar os dados numéricos obtidos e expor as opiniões das pessoas e dos familiares. Além disso, propõe que aquele material seja encaminhado oficialmente para o Conselho Estadual de Saúde, e até mesmo sugerir que esta instância de controle social faça uma audiência pública convidando aquele grupo, oponente à reforma psiquiátrica, a colocarem suas questões.

Continuando no âmbito do debate sobre a oposição, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) também é referida por um técnico, que também é militante da saúde mental, no encontro do FSMES em setembro de 2006, como um dos que resistem ao processo em curso de mudança de atenção:

*“[...] não sei se todo mundo tá acompanhando **do movimento da Associação Brasileira de Psiquiatria, que vem fazendo, entrando forte aí na mídia, denunciando a reforma psiquiátrica [...]** Mas o movimento vem muito forte, é, é, os hospitais falando que a reforma psiquiátrica não tá funcionando, que isso é balela, que as famílias estão sendo vulnerabilizadas, não estão sendo acolhidas, então acho que é um apelo pra que a gente possa discutir no Fórum, aqui, como que a gente pode fortalecer e priorizar esse cuidado com a família e essa conquista da cidadania dela (aplausos)”* (Representante da sociedade civil, participante do FSMES de setembro de 2006).

Mais uma vez, a temática família é inclusa nos discursos dos técnicos como a grande aliada para se enfrentar as oposições, já que essas, perversamente, utilizam a família, buscando o seu apoio de forma manipulada, como um meio de fortalecer as resistências ao processo de reforma psiquiátrica.

Nas falas acima, podemos identificar que o FSMES propicia a existência de um espaço onde os sujeitos possam expressar suas opiniões e posições em relação ao projeto da reforma psiquiátrica.

Dos encontros em análise, o que mais provocou uma discussão que ultrapassasse a esfera técnica-assistencial foi o de setembro de 2006, cujo tema se voltava para uma discussão sobre participação. A do mês de junho daquele mesmo ano trouxe também reflexões que contribuem para o entendimento da dinâmica sócio-política da sociedade em que vivemos. Os dois anos de 2007 notam-se ausências de uma discussão com aquele caráter. Nestas, o foco das pautas foi normalizações do SUS

e lançamento do plano de expansão da rede de saúde mental, com financiamento do governo do Estado (o lançamento do plano de ampliação ocorreu no encontro do mês de setembro de 2007, havendo momento solene⁸⁴ de assinaturas das documentações com o gestor estadual da saúde e os gestores municipais). O encontro do mês de abril de 2008 trouxe experiências municipais de matriciamento, tendo propiciado aos atores reflexões sobre as ações desenvolvidas. Entre esses encontros, foram nos anos de 2006 e de 2008 que houve fala de usuários.

No encontro do mês de março de 2007 não houve nenhuma fala de usuários, familiares e/ou de representantes de alguma organização/instituição da sociedade civil. O tema foi o Pacto pela Saúde, cuja exposição, feita por um único técnico, ocupou a maior parte do tempo do encontro. No momento da exposição, a plenária manifestava-se atenta em entender as novas resoluções ministeriais, tanto que, no momento do debate, os profissionais que interagiram com o palestrante tinham a finalidade de esclarecimentos de dúvidas técnico-operacionais a respeito das mudanças na gestão do SUS e a saúde mental nesse processo. Um ponto de conflito no debate entre os atores presentes foi a fala de um gestor de um município que, ao discorrer sobre orçamentos e gastos, disse que planejava aumentar o salário dos médicos. Houve reação na plenária:

*“[...] eu queria dizer pro _____ [cita o cargo e município] ele tá levando CAPS pra lá não tá? paga bem o psiquiatra, como é que é o nome dele? [...] [risos na plenária] Isso, paga em torno de oito mil reais pro psiquiatra que você vai montar um CAPS maravilhoso [durante esta fala há sobreposições de vozes: outras pessoas da assembleia ressaltavam que é para pagar para as outras categorias também] [...] que? [...] a não! assistente social também, pague bem o assistente social, os psicólogos... [aplausos e gritos na assembleia] [...] **É uma coisa que a gente percebe é que todo mundo quer ter serviço de saúde mental, mas ninguém quer pagar bem [...]**” (Participante do FSMES em março de 2007).*

Dialogando, o gestor responde:

⁸⁴ O momento da assinatura ocorreu durante a mesa de abertura, após a fala do gestor estadual de saúde. Foi anunciado: “Cada pasta dessa de documentos que ora será assinado pelo gestor estadual [...] e os gestores municipais consta de um termo de compromisso e um CD Rom [...] contendo o projeto arquitetônico dos Centros de Atenção Psicossocial [...]” (representante do governo, participante do FSMES de setembro de 2007). E em seguida: aplausos na plenária.

*“Não é fácil, gente, fazer gestão **sem dinheiro**, não. Com dinheiro é muito fácil! Ih! Me dá que eu vou... vou pagar vinte mil reais pro psiquiatra [risos na plenária]”* (Participante do FSMES em março de 2007).

Mesmo tendo um tom cômico, nesse debate os trabalhadores da saúde mental apresentaram aos representantes do governo uma demanda: valorização dos recursos humanos e, sobretudo, tratamento horizontal às categorias profissionais.

Há aqui um exemplo de que o espaço do FSMES tem potencial para que seja um espaço em que seus atores – não apenas os trabalhadores, mas também a sociedade civil – apresentem também suas demandas ao poder público.

No mês de setembro daquele mesmo ano, o encontro seguiu com enfoque técnico e também com foco em divulgar o plano estadual de expansão da rede extra-hospitalar. Nos dois encontros, os interlocutores variaram entre gestores, profissionais, representantes de instituições de ensino superior, e, no do mês de setembro, representantes do MLA/ES.

Contraditoriamente, embora não tenha tido falas de usuários, foram nesses encontros que das dez listas de presença analisadas houve assinatura desse segmento. Cabe aqui as seguintes observações: o encontro no mês de março, foi seguindo, no período vespertino, pelo Seminário Capixaba de Saúde Mental, voltado a relatar as experiências da política estadual de saúde mental e de CAPS de três municípios (Colatina, Serra e Anchieta). No segundo encontro, em 2007, ocorreu o lançamento do Plano de Expansão Estadual de Saúde Mental – o Estado se comprometendo diante da sociedade com a ampliação dos serviços extra-hospitalares.

Alguns entrevistados mencionam que as pautas ou os temas dos encontros são tirados do próprio Fórum, a partir das sugestões dos atores presentes. Ao analisar como que se dá a decisão de quais pautas serão abordadas nos próximos encontros, identifica-se que, no espaço do FSMES, ocorre o levantamento das propostas e/ou demandas, pois a definição será feita pelos organizadores do FSMES, ou seja, pelos atores representantes do governo estadual.

“[...] as pautas são, são pensadas pela coordenação estadual, né?! [...] Então assim, esse Fórum, é, é, é... a pauta, por exemplo, embora essa pauta seja discutida no, no, no, no... nos Fóruns, né?! um adendozinho, porque se abre espaço pras pessoas falarem: – o que que nós vamos discutir da próxima vez? né?! acaba sendo... definida lá dentro da, da secretaria, né?! lá na coordenação estadual, né?!” (G3).

O poder decisório nas temáticas a serem abordadas se concentra, então, nos técnicos do Estado. O entrevistado C2 enfatiza a todo momento que, embora a coordenação estabeleça as pautas, ela dá oportunidade para os participantes também proporem.

“É claro que também eles devem ter o roteiro deles [...] É! com certeza, mas eu acho que esse roteiro se a gente colocar: – olha, pode ter mais um ator aí nesse roteiro? eu acho que tem possibilidade [...] eles não colocam isso pra quem vai... votar: – olha, vote nesse assunto, naquele assunto... não. Eles tem um ponto de pauta, nós podemos tá sugerindo alguma coisa” (C2).

Por exemplo, no encontro no mês de setembro de 2006, um técnico da SESA destacou a intenção de construção coletiva.

“O nosso próximo Fórum [...] é no dia primeiro de dezembro, né?! a gente tem reuniões a cada dois meses e... o ponto seguinte [...] do nosso encontro, é também a gente colher sugestões pra temas pra, de debate, porque a intenção do fórum é isso, que os temas sejam de interesse de um coletivo, então quem quiser já enviar por escrito pra mesa ou na hora que a gente abrir o ponto seguinte pra que nós possamos então pensar na organização do próximo fórum [...] gostaríamos de colocar o nosso e-mail a disposição [...] pra que a gente receba outras sugestões também [...]” (Representante do governo, participante do FSMES de setembro de 2006).

Tanto G3 quanto C2 justificam o fato de a definição dos temas ser decidida em muitos casos pela coordenação estadual:

“Porque assim, a coordenação estadual ela tem uma visão panorâmica, né?! de tudo que tá acontecendo, né?! no município, tem as informações do Ministério da Saúde, e, e do que o Estado quer implantar, né?! enquanto política, né?!” (G3).

“[...] a coordenação estadual de saúde mental, tem uma equipe. Então eles tão vendo melhor do que ninguém, os temas que estão borbulhando mais, né?! o que que eles podem tá trazendo”(C2).

Os entrevistados acima atribuem o amplo acesso de conhecimento da coordenação estadual de saúde mental sobre a realidade da saúde mental, em termos dos debates, normalizações e diagnósticos, às condições favoráveis para selecionarem, entre as propostas, os temas de cada encontro.

Contudo, C1 apresenta um olhar mais crítico:

*“[...] uma pauta coletiva e tudo, mas assim, ainda não... **mas na hora mesmo de efetivação daquela pauta, ela vem pronta, você tá entendendo? ela não tem uma coisa construída**” (C1).*

Um dos representantes do governo entrevistado identifica a centralidade da organização e condução do FSMES, um fato que é real:

*“[...] quando essa história [...] de tentar dar uma forma, né?!... um... um colegiado que pudesse... pensar esse Fórum, outros atores, né?! que pudessem pensar. E aí acho que talvez **foi a constatação de que ficava, ficava não, fica até hoje muito na mão da gente o papel de conduzir esse Fórum. Ele tá muito na nossa mão, muito! Muito não. Ele está exclusivamente na nossa mão, enquanto Secretaria de Estado da Saúde, enquanto Coordenação Estadual de Saúde Mental. Muito o que a gente consegue são, é a discussão das pautas. Aí sim, as pautas elas são discutidas no coletivo. Assim: quais são os temas que interessam àqueles atores? Aí os temas oscilam, variam, vão e voltam... e a gente propõe, porque a gente também é ator do Fórum...**” (G2).*

O entrevistado relata que o que se esperava não era que a existência do FSMES dependesse do aparelho estatal, mas, com as dificuldades enfrentadas no decorrer de sua trajetória, optou-se por manter essa condição, a favor da continuidade daquele espaço, segundo ele, sem ter enfrentado resistências e nem questionamentos quanto a essa decisão.

*“Quando a gente viu que tinha um Fórum, que ele tava acontecendo (risos) que ele se constituiu de fato, né?! como um Fórum em Saúde Mental, [...] de que... **a gente, tinha uma expectativa de que ele caminhasse independente da gente. Pra gente isso era muito claro, né?! de que precisaria ter um colegiado de coordenadores daquele Fórum, para ele desgarrar da SESA. Talvez fosse mais esse ator político, né?! social. E aí quando num determinado momento a gente viu que não adiantava muito insistir... então entre acabar com o Fórum, e manter o Fórum, a gente optou em manter o Fórum. Engraçado, que em nenhum momento as pessoas questionaram (risos) nenhum momento, ninguém questionou isso a gente...! engraçado né?! não sei se engraçado ou se**”*

triste, né?! Então, assim, acabou ficando muito na mão do Estado, da Secretaria de Estado da Saúde, a coordenação mesmo, como uma atribuição nossa, organizar, manter o Fórum... Interessante... É... isso realmente ninguém questionou. Acho que no fundo a gente queria que fosse questionado (risos), acho não, eu tenho certeza!” (G2).

Destaca-se aqui a existência de um projeto de FSMES que fosse autônomo em relação à SESA. Tal projeto era representado por profissionais da própria SESA comprometidos com a reforma psiquiátrica. Mas, como bem apontou G2, essa expectativa de superação ao modelo inicial não veio.

“Até pra sair desse lugar, sabe, virar um ator social mesmo mais potente, mais autônomo dessa estrutura, porque na estrutura institucional a gente esbarra com limites, não que no movimento social não esbarre, mas esbarra em outros, que não esse aqui, né?! então assim... E, e... era mesmo a tentativa de se constituir como... como um ator, pra contribuir na implantação da política de saúde mental. Eu acredito que o Fórum contribua, tá? pra implantação dessa política, posto esse movimento todo desses anos, ele acabou se constituindo como um ator, sim, mas no fundo não como a gente tinha pensado, quando... pensado quando viam que ele já tava funcionando. Quando a gente criou a primeira, as primeiras reuniões de coordenadores, Fórum de Coordenadores, a idéia muito era aglutinar. – Vamos aglutinar os atores. Aí depois que a gente viu que, nossa! era... fácil, e era possível aglutinar esses atores, até porque todo mundo muito sedento, aí a gente: – não, pera aí, nós podemos mais! Aí nesse do podendo mais é que não acabou... decolando. Então hoje, assim, pra mim, é... compete à SESA manter o Fórum, assim, a... a... organizar, chamar... pra ter esse espaço de encontro mesmo, de aglutinação, né?! dos atores... mas no fundo... acho que a gente acaba esperando, pelo menos eu, né?! é... de que ele... de que esses atores também pudessem propor algo a mais, né?! E talvez fosse esse... de novo esse avanço. Então ele é um espaço legítimo, por isso que a gente coloca que ele é um espaço colegiado e não deliberativo, porque a gente tem, sempre teve clareza que lá ele aponta. Aponta direção, tira as propostas. Mas o... o, o espaço deliberativo ele vai se dar em outro momento, que às vezes é no interior, por exemplo, da própria secretaria. E o exemplo da urgência psiquiátrica foi claro. Foi claro quando... a gente tinha uma proposta, que era a manutenção da urgência psiquiátrica no São Lucas, e a secretaria, num determinado momento, definiu que iria pra... pro HPM. Ou seja, como coordenação nós tínhamos uma proposta, que era a mesma do Fórum, que o Fórum também aderiu, mas não foi possível naquele momento. E só não foi pro HPM... não foi por força da pressão do Fórum, por exemplo, mas foram por questões externas, inerentes à própria política de saúde” (G2).

G2 identifica embates internos entre perspectivas no órgão estadual. Essa correlação de forças demonstra os limites que ultrapassam o simples querer de

técnicos da saúde mental – mais uma vez a questão da urgência e emergência aparecendo como um grande nó para a política estadual de saúde mental.

Ao longo da trajetória de existência do FSMES, os entrevistados identificaram também avanços:

a) A capacidade de reunir um número “significativo” de pessoas:

[...] A gente tem em média, cento e dez, cento e vinte pessoas em cada encontro. Juntar cento e vinte pessoas hoje em dia não é muito fácil [...] (G2)

[...] conseguir reunir gente, entendeu? [...] sempre foi muito concorrido [...] o interior vai em peso [...](C1).

Com nova configuração assumida pelo FSMES a partir da ampliação dos atores envolvidos, G2 observa: *“Dava pra perceber primeiro esse aumento de pessoas”*.

O representante do governo mostra-nos a repercussão do FSMES no interior da SESA no que diz respeito ao número de participantes que reúne:

[...] a gente ouve no interior daqui, da secretaria, é que a gente consegue adesão de um número muito grande de municípios e de pessoas, então assim, ele vira um espaço privilegiado [...] (G2).

Nas listas de presença analisadas a quantidade de nomes em cada uma é de⁸⁵: 138, em 18/03/2005; 93, em 03/06/2005; 173, em 05/08/2005; 125, em 02/12/2005; 218, em 07/04/2006; 88, em 30/06/2006; 152, em 29/09/2006; 93, em 16/03/2007; 135, em 14/09/2007; 220, em 11/04/2008 (Gráfico 1).

⁸⁵ Esses números são de acordo com a quantidade de nomes e/ou assinaturas que estão registrados em cada lista em que tivemos acesso.

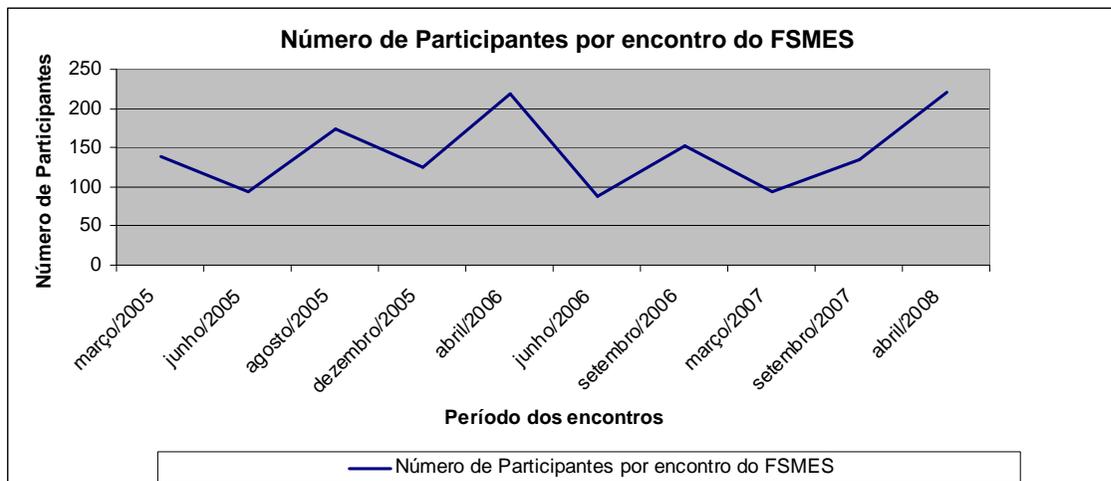


Gráfico 1: Número de participantes por encontro do FSMES, no período de março de 2005 a abril de 2008.

Com base nas informações registradas nas listas de presença em relação à procedência dos participantes, em todos os encontros do período de março de 2005 a abril de 2008 houve a participação de municípios das três macrorregiões de saúde do Estado (Norte, Centro e Sul). Sendo que em todos esses encontros, entre as procedências informadas pelos participantes, destaca-se que a maioria dos participantes em cada encontro é oriunda de municípios da Macrorregião Centro. Entre esses, os participantes em maior número são os da Grande Vitória. É possível identificar que tal predominância tem relação com o fato da concentração de serviços em saúde mental na Macrorregião Centro. Além disso, deve-se levar em conta que os encontros do FSMES vêm sendo realizados na Grande Vitória.

E no que se refere à essa questão do local dos encontros, existe uma demanda dos atores participantes do FSMES para que haja encontros em outras regiões, e não apenas na Grande Vitória. A esse respeito G2 relata:

“[...] teve um momento que se propôs, mas que também não teve perna pra fazer, nós não tivemos pernas, que eram encontros é... regionalizados do Fórum. [...] vários momentos saíram essas propostas. Alguns serviços conseguiram marcar alguns encontros, né?! mas, assim, a gente mesmo, nós Estado não conseguimos acompanhar. E também a questão da mobilização, divulgação e... também de novo a escassez, porque a concentração de serviços está na, hoje, Macro, né?! Macro Centro, né?! Macro Centro, mas que é a região Metropolitana, né?! que é... que é a região bem entorno aqui da Grande Vitória, então tem isso” (G2).

b) Temáticas:

“[...] tem trazido questões sim importantes [...] (C1).

“[...] questão do Pacto, pra fazer esse link entre o que tá acontecendo com a saúde e como isso vai [...] resvalar na saúde mental, rebater, influenciar... Então, assim, um dos avanços que eu vejo foi isso, pra... foi ter... trazido essa discussão pra saúde mental” (G2).

“[...] discussões [...] e colocação ampla [...] daquilo que se quer chegar, daquilo que se pensa, daquilo que é pra melhoria da qualidade da assistência” (G 1).

Mas também entraves ou impedimentos são identificados. A própria responsabilidade centralizada na SESA na organização do FSMES é percebida como um impeditivo para a concretização das propostas de mudanças surgidas ao longo de sua existência. Frente a isso, um dos entraves identificados por G2 é:

*“[...] talvez, pra mim, o maior entrave seja [...] essa centralidade da secretaria na organização. Pra mim isso ainda é... tipo assim: **se a gente não chamar o Fórum, o Fórum não existe.** Pra mim esse é um... é um dos grandes... é um dos grandes dificultadores” (G2).*

Mesmo diante dos impasses, um representante da sociedade civil reconhece o empenho da equipe de organização do FSMES em envolver todos os atores nos processos relacionados àquele espaço e estabelecer relação entre os segmentos representados.

*“[...] sempre tinha ouvido falar, né?! dos coordenadores lá do Fórum: – olha, se tiver alguma sugestão envie por e-mail, né?! se quiser fazer algum comentário, liga pra gente, né?! e **realmente quando eu precisei, eu mandei o e-mail, e eles ouviram isso.** Então, assim, **eles não tão só falando, né?! eles tão abrindo uma janela.** A gente ir lá e se colocar também. Então tem essa flexibilidade” (C2).*

A problematização que o entrevistado C2 faz, e que vem se constituindo em um entrave, sobre o FSMES diz respeito à redução de periodicidade:

*“[...] eu acho uma coisa que **não tá sendo tão legal, porque tá espaçando muito, um Fórum e outro [...]** Antes tinha uma periodicidade melhor: **ou era todo mês, ou era bimestral [...]** acho **que é uma coisa que vai impedir de avançar mais [...]** porque a saúde mental não parou [...]” (C2).*

Segundo informações dadas por G2, um conjunto de fatores contribuiu para esse declínio dos encontros do FSMES no período em análise: a) no decorrer dos anos,

houve um aumento do volume de trabalho, passando a haver outras demandas de trabalho da coordenação; b) saída de alguns profissionais da equipe estadual de saúde mental, com o passar dos anos; c) no período analisado não havia recursos específicos para trazer pessoas de outro estado para contribuir para o debate no FSMES (ao dar essa informação, G2 destacou que não estava se referindo aos recursos para lanches, mas aos recursos para viabilizar a vinda de um palestrante de outro estado no intuito de enriquecer o debate) – segundo G2, o momento de solicitação da liberação do recurso para esse objetivo encontrava dificuldades; d) outro fator identificado por G2, no período em análise, era a forma como o espaço do FSMES, segundo informa, a partir de 2007 estava sendo apropriado pela gestão da SESA como um espaço cada vez mais institucional para veicular questões institucionais, para veicular projetos institucionais da SESA, o que não favorecia à problematização do debate e/ou ao debate propositivo; e) outra dificuldade lembrada por G2 foram os momentos em que ocorria incompatibilidade de dias do palestrante com a agenda pretendida para a realização dos encontros do FSMES.

O FSMES é inserido nos Planos de Ação da coordenação estadual de saúde mental na atividade denominada “sensibilização” de profissionais de saúde e sociedade em geral” (somente no plano para o período de 2008 a 2011 há a citação do FSMES; nos planos dos períodos de 2000 a 2003 e 2004 a 2007, não há a citação do FSMES, havendo, contudo, a programação daquela atividade de sensibilização e que, segundo G2, tal atividade incluía o FSMES).

E como, diante dessa formatação do Fórum, se posicionam os atores presentes nos encontros? Nas falas dos atores da sociedade civil há o apontamento de que as pessoas não usufruem do espaço que ele proporciona, em termos de fomentar debates, provocações, questionamentos e propostas:

*“[...] acho que **tem pessoas que vão mais como observador** do que como é... achando que também pode participar, né?! Eu acho que deveria ser ao contrário, todo mundo deve participar, seja fazendo pergunta, seja questionando, seja dando sugestão [...] **Acho que às vezes as pessoas vão, como eu falei, muito passivas, assim, só pra ouvir mesmo, né?! e aí na hora de sugerir de repente... fica faltando**” (C2).*

Uma questão registrada no processo de observação dos encontros é que na parte inicial da programação a plenária mantém-se significativamente ocupada por muitos profissionais. Quando no momento de abertura para debates e interlocuções entre os atores há um notório esvaziamento, o que no contexto atual de despolitização representa o risco de o espaço do FSMES tornar-se esvaziado de atores sociais ativos e propositivos.

*“[...] eu acho que **os próprios integrantes desse fórum, tá? dos próprios profissionais que fazem parte, se colocarem, tá? nesse espaço, de uma forma muito passiva, entendeu? [...] eu confesso que em algumas vezes eu fiquei incomodada não por quem estava coordenando ali, mas, assim, pela própria dinâmica [...] do processo também, né?! dessa forma [...] de se colocar como indo receber coisas, você tá entendendo? assim, de alguém [...] de profissionais que se coloca, e não de problematizar a situação, vamos ver como é que tá a realidade, vamos trazer uma situação, vamos trazer usuários também [...]**” (C1).*

Receber coisas expressa, por um lado, a incorporação (ou não), por parte dos técnicos, de direcionamentos gerais – oriundos da esfera estadual ou nacional – sem problematizar as particularidades da realidade local. Por outro, o esvaziamento do debate não explicita o que pensam esses técnicos sobre as proposições/reflexões apresentadas. Nessa direção, o silêncio, o ir embora, a fuga ao debate não deixava claro nesse espaço as resistências que serão construídas no processo de implementação dessa política. Exemplos que podem ser retirados da leitura de Reis (2006), Reis e Garcia (2008) e Oliveira (2009).

Fica-se com uma falsa impressão – a ausência de uma resistência – cada dia mais forte. O caso, por exemplo, das internações psiquiátricas é um demonstrativo. A Clínica Santa Isabel (CSI) – hospital privado conveniado ao SUS⁸⁶ – é assim referida por um dos entrevistados: *“As internações ainda prolongadas, e sem muito critérios [...] **Santa Isabel é um nó na cabeça da gente [...]**” (C1).*

Esse nó sintetiza múltiplos nós: o nó da institucionalização de sujeitos com transtorno mental – contra-mão da reforma psiquiátrica; o nó da ausência de serviços em saúde mental em 30 municípios e a CSI como “única” opção para “tratar” seus munícipes com transtornos; o nó da contra-corrente – a despeito de

⁸⁶ No ano de 2008, a CSI possuía 400 leitos (OLIVEIRA; GARCIA, 2009).

toda luta, os índices de internação de 2008 permanecem altos⁸⁷, como eram os de 1999.

Assim, ao aventurar nas águas do FSMES, foram vislumbrados desejos, discursos, intenções e orientação de um projeto contra-hegemônico democrático participativo, mas que, longe de ser um processo linear, apresenta dificuldades/entraves à efetivação de seus ideais.

Para concluir, nada mais apropriado que reproduzir o convite do “coletivo dos loucos organizados”:

Nós, o coletivo dos loucos organizados, queremos a felicidade que nos cabe. Falando nisso, o que você faz com sua loucura? Venha enlouque-ser com a gente. Mudar o mundo é mudar a si mesmo. Quanto mais simples, maior o espanto (*Caminhada do Orgulho Louco* - Crônica de Nilo Neto <http://antimanicomial.blogspot.com>).

Ao fim, fica o espanto. Espanto pela luta da coordenação estadual de saúde mental que rema contra uma maré que não teve a visibilidade e concretude problematizada pelo FSMES – as reais resistências à implementação hoje da política estadual de saúde mental.

⁸⁷ Em 2008, a SESA gastou R\$ 4.697.792,80 em pagamento de internações na CSI (OLIVEIRA; GARCIA, 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões suscitadas neste estudo mostraram que o FSMES possui uma defesa ao projeto da Reforma Psiquiátrica. Tanto o discurso dos entrevistados e dos atores participantes dos encontros do Fórum quanto o discurso impresso nos documentos analisados indicam uma orientação política-ideológica de construção do FSMES voltada ao processo da reforma psiquiátrica, tendo sido identificada a concepção de usuários dessa política enquanto cidadãos (sujeitos de direitos e deveres).

Os formuladores desse espaço foram os profissionais que estavam inseridos na equipe estadual de saúde mental, em defesa da reforma psiquiátrica e com uma perspectiva em direção aos princípios desse projeto. Tais atores estavam empenhados em contribuir para as mudanças do modo de atenção em saúde mental com um novo modo de agir e pensar a saúde mental.

Atores do processo da reforma psiquiátrica e da rede de saúde mental foram identificados no FSMES. Os profissionais e/ou gestores das esferas estadual e municipal são segmentos que continuamente fazem parte desse espaço de discussão e proposição.

Os entrevistados da pesquisa apontaram avanços na trajetória de existência deste espaço: quantidade de pessoas que consegue reunir a cada encontro e temáticas para discussão relacionando a saúde mental e a saúde de modo geral.

O espaço do FSMES está aberto à participação dos sujeitos sociais; porém, tal participação não vem se dando de forma contínua. Predominantemente constituído por representantes do governo, que, por mais que possam estar empenhados à construção de concepções e práticas transformadoras, não assegura no processo, de forma contínua, as concepções dos atores e sujeitos políticos e sociais.

Embora seja preconizada pela política vigente a participação de usuários nos espaços de proposição, implementação e acompanhamento das ações em saúde mental, segmento que historicamente foi excluído desses processos, identificamos

que no espaço do FSMES, espaço de reflexão e proposição à política de saúde mental, ainda não se conseguiu a inserção efetiva desse segmento, já que tanto as entrevistas quanto os documentos analisados nos mostraram uma inserção pontual e não contínua. Da mesma forma, ocorrendo com o MLA e os familiares.

O FSMES, ao mesmo tempo em que representa um espaço com potencial para permitir debates plurais no processo da reforma psiquiátrica, enfrenta um limite na efetivação da participação de atores sociais quando se constata a dificuldade em assegurar a permanência de segmentos da sociedade civil, por exemplo, no período analisado, dos atores do movimento social em saúde mental. Por outro lado, a incorporação do discurso do segmento dos usuários e familiares também não é homogênea, e é incorporado no interior do discurso dos técnicos. Essas questões devem ser compreendidas no contexto geral de hegemonia do projeto político neoliberal, que incita a despolitização da sociedade. Vimos que é um espaço em que os atores envolvidos têm a possibilidade de propor, indicar ações e pautas. Mas é preciso se ater que, predominantemente, tais propostas vêm de técnicos, que por mais que possam estar engajados numa proposta de garantia de cidadania dos sujeitos nem sempre vivenciam as reais demandas daqueles que utilizam os serviços. Logo, há aqui o limite do que é demandado por técnicos em nome dos usuários.

Além disso, destacou-se nas falas dos entrevistados que os profissionais participantes do FSMES possuem demandas por capacitação, informações e atualizações na área (demandas técnicas). Assim, o estudo aponta para a necessidade de se efetivar políticas de educação permanente nos territórios e serviços em que os trabalhadores em saúde mental estão inseridos.

O projeto defendido e identificado no FSMES converge com os pressupostos da reforma psiquiátrica, mas há alguns entraves ao processo: instabilidade de sua ocorrência, predominância de discussões de caráter técnico-assistenciais e dificuldade em assegurar a participação contínua de usuários e familiares. Obstáculos são encontrados também para além do espaço do FSMES: não estruturação de uma rede de atenção em saúde mental uniforme – quando ainda

persistem regiões com grandes vazios de serviços – e intensa carência por capacitação demandada pelos profissionais, principalmente os de fixação no interior.

Há vários segmentos, mas não há diversidade dos mesmos. Assim, os conflitos e os interesses divergentes entre os projetos conflitantes não estão explícitos.

A formatação configurada da condução e dinâmica desse espaço não possui a participação contínua dos atores sociais, e isso, não é de responsabilidade única de quem conduz o processo. Como diz um entrevistado: “a gente queria que fosse questionado”. Logo, é necessário potencializar esse espaço de provocações, com permanentes questionamentos, vistos como possibilidades de favorecer mudanças, de encontrar alternativas e alcançar aprimoramentos.

O destaque aqui dado aos riscos que representam para o processo democrático um olhar demasiadamente focado nos aspectos técnico-operacionais das instâncias participativas se assenta no fato de que

[...] não podem ser vistos como meros instrumentos operacionais e técnicos presentes no planejamento público, pois, assim estar-se-ia descartando as dimensões políticas e a participação da sociedade civil nesse processo de construção da democracia nesses espaços públicos [...] (NEVES, 2007b, p. 134).

Os dados mostram que trabalhar na perspectiva da reforma psiquiátrica é lidar com mudanças de saberes, de cultura para além de novas denominações. A estratégia de dar outro nome não foi suficiente para permitir a participação contínua de usuários, familiares e organizações da sociedade civil – já que a idéia é que a sociedade civil apresente suas demandas ao poder público. Exige-se, para essas questões, que os atores envolvidos no FSMES retomem o processo de reflexão e definições do que é ou do que se espera deste espaço. Requer ainda fomentar articulações com conselhos gestores de políticas públicas.

O estudo sinaliza para a necessidade do FSMES estudar meios de ampliação da divulgação dos seus encontros, possibilitando, assim, atingir a diversidade de atores presentes na sociedade capixaba.

Espaço considerado privilegiado para a saúde mental de pensar e propor a política, de atualização das informações e de trocas de experiências, constatou-se, contudo, que o FSMES se configurou em um espaço técnico, muito embora seu objetivo e intencionalidades do processo de mudança sugerida sejam o de ter um caráter político de atuação da sociedade civil.

Pouca participação da sociedade civil nesse espaço compromete demandas dessa esfera ao poder público; logo, poderá comprometer os desdobramentos da política estadual de saúde mental aos seus usuários. Por isso, a importância de atores sociais e políticos estarem envolvidos nesse processo.

No período analisado, há que se registrar a persistência dos profissionais da equipe estadual de saúde mental da SESA, que, mesmo diante dos entraves, em seus processos de trabalho lutaram pela continuidade da existência do FSMES enquanto um espaço potencial a contribuir para a construção de novas ações e novos saberes em saúde mental na perspectiva da reforma psiquiátrica.

As falas de um representante do governo e as dos representantes da sociedade civil entrevistados assinalam que os atores do FSMES têm dificuldade em potencializar o espaço com problematizações. O representante do governo identifica como influência nesse processo a própria predominância de demandas e discussões técnico-assistenciais. Os representantes da sociedade civil entrevistados utilizam o termo “passivo” para se referirem ao posicionamento de atores participantes do FSMES, no sentido de não fomentarem o espaço com questionamentos e problematizações. Nesse caso, não se pode perder de vista a influência da própria conjuntura societária imposta pelo projeto neoliberal na sociedade de não valorização da politização da população, sendo um entrave ao desenvolvimento de um debate propositivo e à participação de atores sociais ativos nesses espaços.

Foi identificado também que a área da saúde mental vem sendo afetada pela desregulamentação dos direitos trabalhistas e flexibilização do processo produtivo, quando se verificam trabalhadores em situação de precarização do trabalho, mediante contratos temporários. Como considerado por profissionais e por militantes participantes do FSMES, a contratação por tempo determinado vem se constituindo

em um grande entrave para a continuidade das ações e dos projetos do novo modelo de atenção à saúde mental.

Os atores atuantes no FSMES expressaram uma orientação de contribuição do FSMES para o processo da reforma psiquiátrica no Estado. A análise mostra que o FSMES foi construído em uma direção contra-hegemônica, defendendo o projeto da reforma psiquiátrica, e está impulsionado a contribuir para o processo de implementação do novo modelo de atenção em saúde mental. Como esse processo não é linear, enfrenta dificuldades que devem ser contextualizadas na conjuntura sócio-política de hegemonia das políticas neoliberais que incentivam a despolitização da sociedade e expressivos investimentos no setor privado, quando, por exemplo, ainda se verificam no Estado expressivos gastos públicos com a clínica privada conveniada.

O visível declínio da ocorrência do FSMES é uma tendência que se mantém, já que há mais de um ano não ocorre encontro do FSMES. Por outro lado, após aproximadamente quatorze anos à frente da coordenação estadual de saúde mental, a equipe se modifica, e os projetos, até então alvos de uma luta dentro da instituição (SESA) e com a comunidade (com o enfrentamento à CSI), se vêem sob o olhar de interrogação. Como o FSMES, a questão agora é: Que rumos a saúde mental assumirá no Estado?

Enfim, termino a Dissertação com mais perguntas do que tinha quando comecei, mas, como diria Fernando Pessoa: “*Tenho em mim todos os sonhos do mundo*”.

6 REFERÊNCIAS

AGGEGE, S. 'O governo não quer saber de quem ouve vozes'. **O Globo**, Rio de Janeiro, p. 15, 9 dez. 2007a.

_____. Sem hospícios, morrem mais doentes mentais. **O Globo**, Rio de Janeiro, p. 14, 9 dez. 2007b.

ALMEIDA, E. T. V. Crítica da metamorfose do conceito de sociedade civil em "terceiro setor". **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 25, n. 80, p. 94-110, 2004.

ALMEIDA, O. P. et al. Fatores preditores e conseqüências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.21, n. 3, p. 152-157, 1999.

A LONGA agonia de um governo. **A Gazeta**, Vitória, 11 set. 2008. Disponível em: <http://gazetaonline.globo.com/index.php?id=/local/especiais/a_gazeta_80_anos/matéria.php&cd_matia=17937> Acesso em: 16 maio 2009.

ALVES, M. H. **Estado e oposição no Brasil** (1964-1984). Petrópolis: Vozes, 1985.

AMARANTE, P. Algumas considerações históricas e outras metodológicas sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. In: _____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ensp/ Fiocruz, 1995. cap.3, p. 91-131.

_____. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 163-185.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANAYA, F. **Reflexão sobre o conceito de serviço substitutivo em saúde mental:** a contribuição do CERSAM de Belo Horizonte - MG. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: GENTILI, P.; SADER, E. (Org.) **Pós-neoliberalismo:** as políticas sociais e o estado democrático. São Paulo: Paz e Terra, 2003, p. 9-23.

ARRETCHE, M. T. da S. **Estado federativo e políticas sociais:** determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. **ABRASCO e Cebes lançam manifesto em defesa da política de saúde mental e do processo de reforma psiquiátrica no Brasil.** 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=286> Acesso em: 18 maio 2009.

AVRITZER, L. **Democracy and the public sphere in Latin America,** Princeton University Press: Princeton, 2002.

BAERT, P. Algumas limitações das explicações da escolha racional na ciência política e na sociologia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais.** 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091997000300005. Acesso em: 01 de jun. 2009.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia:** história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 407-450.

BAKHTIN, M. M. **Marxismo e filosofia da linguagem:** problemas fundamentais do método sociológico na ciência. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **Política social no capitalismo tardio**. São Paulo: Cortez, 2002.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2007.

BERTOLETE, J. M. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 152-156, 1995.

BISNETO, J. A. **Serviço social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.

BOBBIO, N. **O futuro da democracia**. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. de F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.2, p. 456-468, 2008.

BOSCHETTI, I. Seguridade Social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 25, n.79, p. 108-132, 2004.

BRASIL. Lei nº 8080, 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 03 mar. 2009.

BRASIL. Lei nº 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 09 abr. 2001. Disponível em:
<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 19 jul. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 189, de 22 de março de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 2002b. Disponível em
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2002/PT-189.htm>>. Acesso em: 12 mar. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 2002a. Disponível em:
<<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4125.html>>. Acesso em: 10 mar. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1077, de 24 de agosto de 1999. **Implantar o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental**. Brasília, 1999. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sctie/portal_daf/legislacao/port-1077.pdf>. Acesso em: 19 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental passo a passo**: como organizar a rede de saúde mental no seu município? Brasília, 2008. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rede_de_saude_mental_revisado_6_1_1_2008.pdf> . Acesso em: 06 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infante-juvenil**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Saúde mental em dados – 4**. Brasília, 2007a. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 05 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental do SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, 2007b.

BRAVO, M. I. S. Da distensão política à transição democrática: a questão da saúde e o serviço social. In: _____. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996. cap.1, p.25-138.

_____. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: _____; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 25-42.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO; M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 197-216.

BRESSER PEREIRA, L. C. Reformas econômicas e crescimento econômico: eficiência e política na América Latina. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; MARAVALL, J. M.; PRZEWORSKI, A. **Reformas econômicas em democracias novas: uma proposta social-democrata**. São Paulo: Nobel, 1996. p. 27-82.

BRUCE, K. B. **Entre os limites da cultura política e o fortalecimento da sociedade civil: o processo do Orçamento Participativo no município de Cariacica**.

2007. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

CARLOS, E. **Controle social e política redistributiva**: as experiências de orçamento participativo em Vitória e Serra-ES. 2003. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano e Regional) - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-112.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. A questão democrática na área da saúde. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (Org.). **Saúde em Debate**: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 2007. 149-151.

CHAUÍ, M. Ideologia neoliberal e universidade. In: OLIVEIRA, F. de; PAOLI, M. C. (Org.). **Os sentidos da democracia**: políticas de dissenso e hegemonia global. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 27-52.

_____. Prefácio. In: SADER, E. **Quando novos personagens entram em cena**: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo, 1970-80. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 385-406.

CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, 2., 2001. Vila Velha. **Relatório Final da 2ª Conferência Estadual de Saúde Mental**. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br/default.asp>>. Acesso em: 07 ago. 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1., 1987, Brasília. **Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

_____. , 2., 1992, Brasília. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. , 3., 2001, Brasília. **Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CORREIA, M. V. C. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. **Temporalis**. São Luís, n. 1, p. 11-38, 2007.

CÔRTEZ, S. V. Viabilizando a participação em conselhos de política pública municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e *policy communitis*. In: Hochman, G.; Arrectche, M.; MÁRQUES, E. (Org.). Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 152-144.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. cap. 8, p. 141-168.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003, p. 13-44.

COSTA, S. Esfera pública e as mediações entre cultura e política no Brasil. **Fórum Média**. Fórum Idéias. n. 1. 1999. Disponível em: <http://www.ipv.pt/forumedia/fi_3.htm>. Acesso em: 10 maio 2008.

COUTINHO, C. N. **Democracia e socialismo**: questões de princípios e contexto brasileiro. São Paulo: Cortez, 1992.

COUTINHO, C. N. **Gramsci**: um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

DAGNINO, E. (Org.). **Anos 90**: política e sociedade no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 2004a.

_____. Cultura, cidadania e democracia: a transformação dos discursos e práticas na esquerda latino-americana. In: ALVAREZ, S.; ESCOBAR, A.; DAGNINO, E. (Org.). **Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2000. p.61-102.

_____. Democracia, teoria e prática: a participação da sociedade civil. In: PERISSINOTO, R.; FUKS, M. (Org.). **Democracia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002b. p. 141-166.

_____. Sociedade Civil, Espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: _____ (Org.). **Sociedade Civil e espaços públicos no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002c. p. 279-301.

_____. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, D. (Org.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil em tiempos de globalización**. Caracas: FACES, 2004b. p. 95-110.

_____. Sociedade Civil e espaços públicos no Brasil. In: _____ (Org.). **Sociedade Civil e espaços públicos no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002a. p. 9-16.

DAGNINO, E.; OLVERA, A.J.; PANFICHI, A. (Org.). Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latina. In: _____ (Org.). **A Disputa pela construção democrática na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, 2006. p. 13-91.

DELGADO, P. O desafio é deslocar recursos. **Revista da Saúde**, Brasília, ano 2, n. 20, p. 8-9, dez. 2001. Entrevista concedida à Revista da Saúde.

DENZIN, N. K. **The research act: a theoretical introduction to sociological methods.** Chicago: Aldine Publishing Company, 1970.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. de. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195- 223.

DOIMO, A. M. Movimento social: a crise de um conceito. In:_____. **A vez e a voz do popular.** Rio de Janeiro: ANPOS, 1995, p. 37-50.

DURIGUETTO, M. L. **Sociedade Civil e democracia:** um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Fórum debaterá diferentes visões no campo da Saúde Mental e dos Direitos Humanos.** 2008. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/noticia/index.php?id=9121>>. Acesso em: 20 mar. 2008.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação social. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 979-1010.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Lei Complementar nº 318, de 17 de janeiro de 2005. Reestrutura a Região Metropolitana da Grande Vitória - RMGV, o Conselho Metropolitano de Desenvolvimento da Grande Vitória - COMDEVIT, autoriza o Poder Executivo a instituir o Fundo Metropolitano de Desenvolvimento da Grande Vitória - FUMDEVIT e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.emplasa.sp.gov.br/portalemplasa/fnem/Arquivos/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20Regi%C3%B5es%20Metropolitanas/RM%20Vit%C3%B3ria/2-LeiComplementar318.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2009.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental **Consolidado de serviços ambulatoriais e hospitalares: saúde mental**, 2007. Vitória, 2007a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Fórum Estadual de Saúde Mental**. Síntese das propostas discutidas... Vitória, 2002a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental. **Política Estadual de Saúde Mental 2000-2003**. Vitória, 2000.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental. **Política Estadual de Saúde Mental – 2004 a 2007**. Vitória, 2004.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental. **Relatório de Gestão Saúde Mental – 2000**. Vitória, 2001.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental. **Relatório de Gestão Saúde Mental – 2001**. Vitória, 2002b.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental. **Relatório de Gestão - 2005**. Vitória, 2006.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental. **Relatório de Gestão - 2006**. Vitória, 2007b.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo**. 2003.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Proposta para uma política de saúde mental do Estado do Espírito Santo**. Vitória, 1995.

FALEIROS, V. P. As funções da política social no capitalismo. In: _____. **A política social do estado capitalista**. São Paulo: Cortez, 1995. p. 55-74.

FERNANDES, V. A vida além dos muros do Adauto Botelho. **Gazeta On Line**, Vitória, 13 dez. 2008. Disponível em: <http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2008/12/41373-a+vida+alem+dos+muros+do+adauto+botelho.html>. Acesso em: 14 fev. 2009.

FERRAZ, A.T. **Impactos da experiência conselhistas sobre as atividades políticas e organizativas dos movimentos sociais na saúde**: o caso do movimento popular de saúde de Campinas/ São Paulo. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

FERREIRA, A. A. **Participação, sociedade civil e a capacidade de influenciar Políticas Sociais**: o caso do Conselho Municipal de Educação da Serra (CMES). 2006. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

FERREIRA, L. E. A. **Análise de Política Pública de Saúde Mental: o caso do Estado do Espírito Santo**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FÓRUM GAÚCHO DE SAÚDE MENTAL. **Fórum gaúcho de saúde mental**. 2008. Disponível em: <<http://forumgauchosm.blogspot.com/2008/02/frum-gacho-de-sade-menntal.html>>. Acesso em: 23 maio 2008.

FÓRUM mineiro de saúde mental: apresentação. Belo Horizonte, [199-?].

FRANÇA, J. **Erro da Política de Saúde Mental**. 2006. Disponível em: <http://www.psiquiatriageral.com.br/residencia/erro_politica_saude_mental.htm>. Acesso em: 20 maio 2009.

FREIRE, F. H. H. de A.; UGÁ, M. A. D.; AMARANTE, P. Os Centros de Atenção Psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In:

AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: NAU, 2005, p. 113- 142.

GENTIL, V. Projeto Delgado, Substitutivo Rocha ou uma lei melhor? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 1-2, 2001.

GERSCHMAN, S.; VIANA, A. L. D. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia neoliberal. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 307-352.

GOHN, M. G. **Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos**. São Paulo: Loyola, 2006.

GULJOR, A. P. F. **Os Centros de Atenção Psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

JORGE, M. A. S. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997. Disponível em:
<http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00006303&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2009.

JORGE, M. A. S. et al. Políticas e práticas de saúde mental no Brasil. In: ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 207-222.

JORGE, M. R.; FRANÇA, J. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 3-6, 2001.

KERSTENETZKY, C. I. Individualismo Interativo – Um Ensaio Sobre o Individualismo Metodológico de Hayek. **Estudos Econômicos**, v. 3, n. 1, p. 101-128, 2007.

LABRA, M. E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. et al (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 353-383.

LANCETTI, A. Radicalizar a desinstitucionalização. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2001. 2ª parte, p. 96-100.

LAVALLE, A. G. As dimensões constitutivas do espaço público – uma abordagem pré-teórica para lidar com a teoria. **Espaços e Debates**, São Paulo, v. 25, p. 33-44, 2005.

_____. **Espaço e vida públicos...** 2001. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

LEAL, F. X. **Conselhos Municipais Antidrogas: entre o sonho e a realidade**. 2006. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

LOBOSQUE, A. M. A luta antimanicomial: construção de um lugar. **Revista da Saúde**, Brasília, ano 2, n. 20, p. 24-25, 2001.

LÖWY, M. **As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen: marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento**. São Paulo: Cortez, 2007.

LUZ, M. T. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

- MAIA, R. C. M.; FERNANDES, A. B. O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 17, n. 48, p. 157-171, 2002.
- MARTINS, C. E. Vinte anos de democracia? **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 64, p. 13-38, 2005.
- MAY, T. **Pesquisa social**: questões, métodos e processos. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- MELIM, J. I. **A participação popular no Conselho de Direitos da criança e do adolescente de Vitória**: promessa ou realidade? 2006. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.
- MENESES, M.; YASUI, S. O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 217-226, 2009.
- MINAYO, C. de S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método, e criatividade. 21. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.
- MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 2005.
- NAPPO, S. A. Consumo de anorexígenos tipo-anfetamina (dietilpropina, fenproporex, mazindol) e de fenfluramina no Brasil: prejuízo ou benefício para a saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 8, p. 417-421, 1992.
- NÚCLEO ESTADUAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL. **Histórico do Movimento**, em 2002. Vitória, 2002.

NETTO, J. P. A ofensiva neoliberal e seu significado. In: _____. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 66-88.

_____. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2005.

NEVES, A. V. Espaços públicos, participação e clientelismo: um estudo de caso sobre o orçamento participativo em Barra Mansa, Rio de Janeiro, **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 215-221, 2007a.

_____. Espaço público e política: um diálogo inicial com Hannah Arendt e seu impacto na constituição de espaços públicos participativos no Brasil. **O social em questão**, Rio de Janeiro, v. 16; n. 16; p.119-138; 2007b.

OLIVEIRA, E. F. A. **A política de saúde mental em municípios de pequeno porte do Espírito Santo**: entre mínimas equipes e múltiplos projetos. 2009. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

OLIVEIRA, E. F. A; GARCIA, M. L. T. A política de saúde mental no Estado do Espírito Santo: entre encantamentos e desencantamentos. In: ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL. 4., 2009, Vitória. **Anais...** Vitória, 2009.

_____. Rede de Atenção à Saúde Mental no Espírito Santo. In: ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL. 3., 2008, Vitória. **Anais...** Vitória, 2008.

OLIVEIRA, F. de; PAOLI, M. C. **Os sentidos da democracia**: políticas do dissenso e hegemonia global. Petrópolis: Vozes, 1999.

OLVERA, A. J. **Sociedad civil, gobernabilidad y democracia en América Latina**: México. México: Fondo de Cultura Económica, 2003.

PASTORINI, A. Quem mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria “concessão-conquista”. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 53, p. 80 -101, 1997.

PITTA, A. Redes, territórios, intersectorialidade e Saúde Mental. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA E CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA, 8., 11., 2006, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/Apresentacoes/Dia%2022/Ana%20Pita%2009-30%20ABRASCOredes1,2006.ppt#1>>. Acesso em: 23 ago. 2007.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e conselhos de assistência social**: caminhos da construção democrática. São Paulo: Cortez, 2007.

REIS, R. dos. **Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do município de Vitória**: entre tramas e atos. 2006. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

REIS, R.dos; GARCIA, M. L. T. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p.1965 – 1974, 2008.

_____. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos da prefeitura municipal de Vitória: a vivência de um CAPS ad. In: JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 16., 2006, Vitória. **Livro de Resumos...** Vitória, 2006. p. 176.

_____. Desafios na participação dos atores sociais na política de saúde mental: o caso do Fórum de Saúde Mental do Espírito Santo. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 11., 2008, São Luís. **Anais...** São Luís, 2008.

_____. Vitória, PT, política de saúde mental: um resgate histórico da década de 90. In: XVII CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (ABEAD), 17., 2005, Ouro Preto. **Anais ...** Ouro Preto, 2005.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Org.). **Cidadania e loucura**. Petrópolis: Vozes, 2001. cap. 1, p. 15-74.

ROSSONI, C. G. **Um estudo sobre a saúde mental de Serra-ES: da surpresa ao encantamento.** 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-56.

SADER, E. **Quando novos personagens entram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo, 1970-80.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade.** São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001.

SCHERER, C. **Entre a utopia e a realidade: tensões e conflitos entre o PT e Vitor Buaiz (1995-1998).** 2005. Dissertação (Mestrado em História Social das Relações Políticas) – Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

SILVA, A. A. de. **A gestão da seguridade social brasileira: entre a política e o mercado.** São Paulo: Cortes, 2004.

SILVA, I. G. Expressões de participação popular: cenas dos movimentos populares nas décadas de 1980 e 1990. In: _____. **Democracia e participação na 'reforma' do estado.** São Paulo: Cortez, 2003. p. 29-44.

SOARES, L. T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina.** São Paulo: Cortez, 2002.

SODRÉ, F. **O campo da saúde do trabalhador**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

SOUZA, J. da S. S.; GARCIA, M. L. T. G. Resistindo à reforma psiquiátrica brasileira: um estudo de caso de uma clínica psiquiátrica privada/ES. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 199-222, 2008.

TEIXEIRA, A. C. C.; ALBUQUERQUE, M. do C. Orçamentos participativos: projetos políticos, partilha de poder e alcance democrático. In: DAGNINO, E.; OLVERA, A. J.; PANFICHI, A. **A Disputa pela construção democrática na América Latina**. Campinas: Unicamp, 2006. p. 13-91.

TELLES, V. da S. Sociedade civil, direitos e espaços públicos. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 397-415.

_____. Sociedade civil e a construção de espaços públicos. In: DAGNINO, E. (Org.). **Anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 91-102.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

UWE, F. Observação, etnografia e métodos para dados visuais. In: _____. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004. p. 147-170.

VIEIRA, E. Política econômica e política social. In: _____. **Os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2004. p. 136-146.

VITOR: estado não resolve sozinho crise da saúde. **A Gazeta**, Vitória, p. 16, 13 set. 1996.

WEFFORT, F. Que transição é esta? In: _____. **Por que democracia?** São Paulo: Brasiliense, 1984. p. 52-100.

YIN, R. K. **Estudo de Caso:** planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

• Fórum

1 - O que você poderia nos contar sobre como se deu a criação do Fórum? (como ele surge; quem foi convidado; quem apresenta a proposta; quem aderiu à proposta; qual a idéia que o grupo tinha de um Fórum; em que modelo de fórum vocês se espelharam; era uma proposta governamental?)

2 - Que tipo de apoio e de resistência essa proposta de criação/ implantação do Fórum sofreu?

3 - Como estava organizada a política de saúde mental naquele momento em que surgia o Fórum? Havia alguma direção da coordenação nacional de saúde mental para a criação de Fóruns?

4 - O que você lembra das primeiras reuniões do Fórum? (quem freqüentava as discussões e encaminhamentos realizados?).

• Dinâmica de funcionamento do Fórum

5 - Quando e o que levou o Fórum a ampliar os atores participantes a partir de 2002? Como e de quem (estadual, municipal) partiu a idéia?

6 - Que mudanças você identifica com essa ampliação?

7 - Há participação da sociedade civil no Fórum? Que atores deste segmento participam? Como você avalia essa participação?

8 - Como você avalia a participação dos municípios e profissionais da saúde mental?

9 - Na sua opinião, qual é o caráter do Fórum: consultivo ou deliberativo?

10 - O que é feito após cada reunião do Fórum? Como são filtrados os debates e as pautas elaboradas e como se dá a materialização das pautas na política de saúde mental?

11 - Há divulgação das reuniões do Fórum na sociedade? (Como é feita? Que tipo de resposta esse tipo de divulgação tem obtido?).

12 - Você identifica avanços e retrocessos no Fórum?

13 - Na sua opinião, há alguma relação entre o FSMES e o processo de reforma psiquiátrica em curso no país? Se há, qual?

14 - Na sua opinião, o que de novo ou de diferente o Fórum traz para a política de saúde mental no Estado?

15 - Qual a relação entre Fórum e coordenação de saúde mental (estadual e municipal)?

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

▪ MLA no Espírito Santo

1 - Como surge o Movimento de Luta Antimanicomial no Espírito Santo (quando; como; atores envolvidos)?

2 - O que contribuiu para a construção desse movimento no Estado? E o que tem atrapalhado o crescimento desse movimento no Estado?

3 - Quando e como foi a sua inserção no MLA? Qual foi e é o seu papel? Como estava organizado o movimento naquele momento?

4 - Por que e quando o movimento retomou as atividades? Quais foram os atores que participaram desse processo?

5 - Como são desenvolvidas as atividades da Luta Antimanicomial no Estado? Quem participa deste movimento? Você identifica avanços na trajetória do MLA no Estado?

6 - Que papel desempenha o MLA em relação à política estadual de saúde mental? Quais são as reivindicações/questionamentos e propostas do MLA no Estado?

7- O MLA enfrenta resistências? Se sim, quais?

▪ Fórum e MLA

8 - Você participa do FSMES? Em caso positivo, participa na condição de técnica da área de saúde mental ou como representante do MLA?

9 - O que é o FSMES para você?

10 - O que você sabe sobre a inserção e/ou participação da sociedade civil organizada no espaço do FSMES? Como você avalia essa participação?

11 - O MLA participa dos encontros do Fórum? Se sim, como é essa participação? Sempre houve a participação do MLA no Fórum? Qual o papel que o MLA desempenha nesse espaço?

12 - Que contribuições o Fórum traz ou poderia trazer para o MLA e para o processo de reforma psiquiátrica no Estado?

13 - Que contribuições o MLA traz ou poderia trazer para o FSMES e para o processo de reforma psiquiátrica no Estado?

14 - A partir das experiências ou contatos que você já teve ou tem nesse espaço:
- você identifica algum tipo de ausência na dinâmica de funcionamento do Fórum e que acha relevante?

- deliberativo?
- na sua opinião, qual é o caráter do FSMES: consultivo ou deliberativo?
 - você identifica avanços e retrocessos nesse espaço?

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista

- 1 - Como está estruturada a Política de Saúde Mental do Estado do Espírito Santo?
- 2 - Qual é o papel do FSMES nessa política?
- 3 - O que você poderia nos contar sobre o movimento que foi organizado para a criação do FSMES? Como ele surge? Que lembranças você tem acerca do debate para a formação do Fórum?
- 4 - Quais eram as expectativas do Estado para com o FSMES? O que se esperava?
- 5 - Que tipo de apoio e de resistência essa proposta de criação/implantação do FSMES sofreu?
- 6 - Você se lembra de qual era o cenário político e como estava organizada a política de saúde mental naquele momento em que surgia o FSMES?
- 7 - O que você lembra das primeiras reuniões do FSMES? (quem freqüentava, as discussões e encaminhamentos realizados...).
- 8 - O que levou o FSMES a ampliar os atores participantes a partir de 2002? Como e de quem (estadual, municipal) surgiu a idéia?
- 9 - Que mudanças você identifica com essa ampliação dos atores no espaço do FSMES?
- 10 - Há participação da sociedade civil no Fórum? Que atores desse segmento participam? Como você avalia essa participação?
- 11 - Como se dá a relação entre representantes do governo e sociedade civil nesse espaço?
- 12 - Como você avalia a participação dos municípios e profissionais da saúde mental no FSMES?
- 13 - Na sua opinião, qual é o caráter do Fórum: consultivo/constitutivo ou deliberativo?
- 14 - O que é feito após cada reunião do FSMES? Como são filtrados os debates e as pautas elaboradas, e como se dá a materialização na política de saúde mental?
- 15 - Há divulgação das reuniões do FSMES na sociedade? (Como é feita? Que tipo de resposta esse tipo de divulgação tem obtido?).
- 16 - Você identifica avanços e retrocessos no Fórum?
- 17 - Na sua opinião, há alguma relação entre o FSMES e o processo de reforma psiquiátrica em curso no país? Se há, qual?

18 - Na sua opinião, o que de novo ou de diferente o FSMES traz para a política de saúde mental no Estado?

19 - O Estado desenvolve ou já desenvolveu atividades de avaliação da política de saúde mental implantada, bem como dos programas de saúde mental implantados nos/pelos municípios?

20 - Quais são as grandes dificuldades/entraves enfrentadas na política de saúde mental do Estado? Quais os avanços? Como no interior dessa política estão pensados os espaços de participação e controle social?

21 - O que seria importante você dizer sobre o papel do FSMES no processo de efetivação da luta antimanicomial, da reforma psiquiátrica e da política estadual de saúde mental?

APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista

- 1 – Na leitura das listas de presença no FSMES, localizei seu nome como aquele que por mais vezes representou um segmento da sociedade civil. Gostaria que você me falasse sobre sua participação nesse espaço. A quem representa? Qual é o seu papel nesse espaço? Como se dá a sua participação?
- 2 – De que forma você ficou sabendo do FSMES? Como você é informado da agenda do Fórum?
- 3 – Como você define o espaço do FSMES? Qual o seu objetivo?
- 4 – Qual o papel da instituição/segmento que você representa dentro do Fórum?
- 5 – Como você vê a participação de outros sujeitos representantes da sociedade civil no espaço do FSMES?
- 6 - Você identifica alguma contribuição do Fórum para a instituição/segmento que você representa?
- 7 – Como se dá a relação entre representantes do governo e sociedade civil nesse espaço?
- 8 - Na sua opinião, há alguma relação entre o FSMES e o processo de reforma psiquiátrica em curso no país? Se há, qual?
- 9 - A partir das suas experiências no FSMES:
 - o que você tem a dizer sobre a dinâmica de funcionamento desse espaço? (atores participantes; forma e condução da abordagem dos temas; pauta...);
 - você identifica algum tipo de ausência nessa dinâmica e que você acha relevante?
 - você identifica alguma mudança desde quando começou a participar desse espaço?
 - você identifica avanços e retrocessos?
 - na sua opinião, qual é o caráter do FSMES: consultivo ou deliberativo?
- 10 - O que seria importante você nos dizer sobre o papel do FSMES no processo de efetivação da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica?

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Participante: _____

Este documento visa solicitar sua participação na pesquisa “Fórum de Saúde Mental do Estado do Espírito Santo: tensões entre projetos na configuração de um espaço público”, desenvolvida por Rossana dos Reis⁸⁸, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo, sob orientação da Professora Doutora Maria Lúcia Teixeira Garcia.

Considerando que sua posição como gestor facilita sua identificação (mesmo suprimindo seus dados de identificação), este termo assegura os seguintes **direitos**: a) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta pesquisa; b) ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais à sua integridade física, moral e social; c) direito de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido; d) desistir, a qualquer tempo, de participar da pesquisa.

“Concordo que a pesquisa identifique o cargo que ocupava entre os anos de 1999 a 2008, assegurando que a pesquisadora me entregará o conteúdo da entrevista e o texto da análise para que possam ser averiguados”.

"Declaro estar ciente das informações constantes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta pesquisa; recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa. Fico ciente de que uma cópia deste termo permanecerá arquivada com a pesquisadora, da Universidade Federal do Espírito Santo”.

Vitória, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

⁸⁸ O Termo continha o número do telefone de contato e o e-mail da pesquisadora, e também o telefone do Mestrado em Política Social.

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Participante: _____

Este documento visa solicitar sua participação na pesquisa “Fórum de Saúde Mental do Estado do Espírito Santo: tensões entre projetos na configuração de um espaço público”, desenvolvida por Rossana dos Reis⁸⁹, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo, sob orientação da Professora Doutora Maria Lúcia Teixeira Garcia.

Por intermédio deste Termo são-lhes garantidos os seguintes **direitos**: a) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta pesquisa; b) sigilo sobre nomes, apelidos, cargos que ocupam na administração pública; c) ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais à sua integridade física, moral e social; d) direito de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido; e) desistir, a qualquer tempo, de participar da pesquisa.

"Declaro estar ciente das informações constantes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e entender que serei resguardado pelo sigilo sobre nomes, apelidos e cargos que ocupo na administração pública. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta pesquisa; recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa. Fico ciente de que uma cópia deste termo permanecerá arquivada com a pesquisadora, da Universidade Federal do Espírito Santo".

Vitória, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

⁸⁹ O Termo continha o número do telefone de contato e o e-mail da pesquisadora, e também o telefone do Mestrado em Política Social.

ANEXO C – Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 29 de maio de 2008

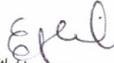
- Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde
- Para: Profa. Maria Lúcia Teixeira Garcia
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Fórum de Saúde Mental do Estado do Espírito Santo: tensões entre projetos na configuração de um espaço público”**

Senhora Pesquisadora,

Informamos à Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa, N^o Registro no CEP-011/08, intitulado: **“Fórum de Saúde Mental do Estado do Espírito Santo: tensões entre projetos na configuração de um espaço público”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, APROVOU o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 28 de Maio de 2008.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde n^o 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,


Prof^a Dr^a Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.
Telefax: (27) 3335 7504

