

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

VÂNIA DAMASCENO COSTA

ENTRE TEXTOS E CONTEXTOS
O lugar social da loucura em Rio Branco/AC

Maringá
2022

VÂNIA DAMASCENO COSTA

ENTRE TEXTOS E CONTEXTOS
O lugar social da loucura em Rio Branco/AC

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção de título de Doutora em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Boarini

Maringá
2022

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

C837e	<p>Costa, Vânia Damasceno</p> <p>Entre textos e contextos: o lugar social da loucura em Rio Branco/AC / Vânia Damasceno Costa. -- Maringá, PR, 2023.</p> <p>275 f.: il. Color., figs., tabs., maps.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Boarini.</p> <p>Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2023.</p> <p>1. Loucura. 2. Saúde Pública. 3. Reforma Psiquiátrica - Rio Branco/AC. 4. Luta Antimanicomial. I. Boarini, Maria Lúcia, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.</p> <p>CDD 23.ed. 150</p>
-------	--

VÂNIA DAMASCENO COSTA

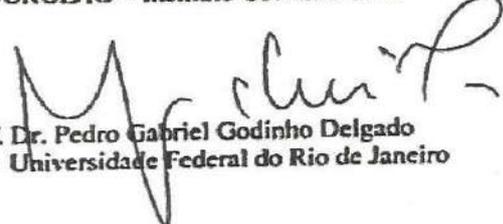
ENTRE TEXTOS E CONTEXTOS – O lugar social da loucura em Rio Branco/AC.

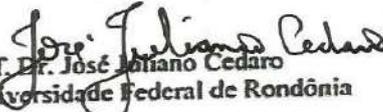
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

COMISSÃO JULGADORA


Prof. Dra. Maria Lucia Boarini
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)


Prof. Dra. Ana Paula Freitas Guljor
FIOCRUZ/RJ – Instituto Oswaldo Cruz


Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro


Prof. Dr. José Juliano Cedaro
UNIR/Universidade Federal de Rondônia


Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro Silveira
UFAC/Universidade Federal do Acre

Aprovada em: 01 de dezembro de 2022.
Defesa realizada na sala de vídeo do Bloco 118.

AGRADECIMENTOS

Certa vez, refleti que, para chegar ao final de uma etapa como esta, na carreira acadêmica, muitas pessoas estão envolvidas. Além disso, há uma gama de políticas sociais necessária para alcançar o feito de concluir um doutorado. No decorrer deste longo processo da carreira acadêmica, tornei-me docente de uma universidade federal no Norte do país. A história de uma menina nortista que, em meio às suas condições materiais, nunca pensou que chegaria a esta etapa profissional, embora tenha sempre se dedicado e transformado seus sonhos em objetivos. A materialização desse sonho tornado um objetivo ao longo do caminho, somente foi possível porque muitos contribuíram. Várias pessoas passaram e colaboraram no meu processo formativo, mas, de modo especial, alguns não apenas passaram, mas fazem parte da minha história, por isso agradeço:

A Deus, pois, em certos momentos, fraquejei e foi Quem me sustentou e encorajou a caminhada. Aprendi com meus pais a importância da fé e de sempre acreditar que não há o impossível para Deus.

À UNIR, UFAC e UEM, universidades públicas e de qualidade, que me garantiram o ensino e o meu trabalho como docente, nas quais encontrei grandes parceiros, com quem tanto tenho aprendido. Instituições que me proporcionaram condições de alcançar este objetivo. Meu agradecimento sincero à educação pública que me possibilitou um leque de novas oportunidades e mudou minha trajetória.

Ao Professor Estanislau Paulo Klein (*in memoriam*) e à Professora Terezinha de Freitas Ferreira, cuja profícua produção científica relacionada à saúde pública e à saúde mental no território acreano serviu também para diminuir as dificuldades de realização desta pesquisa. Importantes pesquisadores do estado do Acre que contribuíram sobremaneira com seus saberes e construíram um trabalho intelectual fundamental para a compreensão da história da saúde pública e saúde mental nesta região. Ao Professor Rodrigo Pinheiro Silveira, por sua produção científica no campo da saúde mental, pela estima que tenho pelo amigo e parceria em nosso trabalho na UFAC. A gratidão se estende ao artista acreano, Ivanilson Sousa, que, de forma tão gentil, cedeu suas obras para ilustrar esta tese.

À minha orientadora, a Professora Dra. Maria Lúcia Boarini, a quem por tanto tempo só conhecia e admirava por meio de seus trabalhos, publicações, livros e o doutorado propiciou esse feliz encontro e a quem coube me guiar ao longo deste caminho. Sua firmeza é na mesma proporção de sua dedicação no seu trabalho realizado com maestria. Foi uma honra aprender e dividir meus anseios com ela e com os meus colegas e companheiros do GEPHE, grupo potente

do qual tenho orgulho de fazer parte. A Professora Maria Lúcia, a quem espero manter a amizade e parcerias de trabalhos, sempre nos lembra do valor e de seu esmero pela literatura e costuma parafrasear Carlos Drummond de Andrade, “seguimos juntas e de mãos dadas”.

À Profa. Dra. Ana Paula Freitas Guljor, ao Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro Silveira, ao Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado, profissionais de excelência e referência, por terem sido tão generosos e cuidadosos em suas avaliações no momento da qualificação, sendo fundamentais para que chegássemos ao desenho final da pesquisa. Agradeço particularmente ao Prof. Dr. José Juliano Cedaro que acreditou em mim desde a graduação e sempre que possível me envolveu em projetos na universidade para que eu tivesse a possibilidade de ter bolsas, auxílios que me ajudavam a permanecer na universidade, quem me abriu portas de empregos e sempre me incentivou a avançar, por quem nutro profundo respeito e admiração.

Agradeço o apoio e o acolhimento incondicional de meus pais, Franco e Chaguinha, que mesmo diante de tão poucas oportunidades de estudos em suas vidas, sempre me fizeram apostar na educação. Tudo que tenho feito é para ofertar-lhes uma vida um pouco menos difícil e, assim, conseguir retribuir por todas as renúncias que tiveram que fazer para que eu pudesse continuar estudando, especialmente minha mãe que nunca mediu esforços para me apoiar e acolher sempre que precisei de incentivo e colo, quando tive que fazer escolhas difíceis na vida pessoal e profissional. Minha mãe é uma mulher admirável. São essas as minhas raízes, minha referência, que tenho muito orgulho e para onde sempre quero voltar.

Aos meus irmãos, Regi, Vera e Fred, meus parceiros de vida e que trouxeram para completar a família, Alessandra e Manuela, minhas cunhadas. A família cresceu e o amor se multiplicou com a chegada das sobrinhas, Fiama, Vivi, Laís, Gabi, Isa e o lindo sobrinho Samuel, e, neste caminho, fui agraciada com a chegada do meu sobrinho-neto e afilhado Joaquim Romão, que tem o melhor cheiro de todo o mundo; abraçar o Joaquim é sentir um pedacinho do céu na terra, um anjo lindo que veio para alegrar a nossa família. Não poderia deixar de mencionar toda a ajuda da minha sobrinha Vivi, em todos os dados quantitativos da tese, gráficos, mapas e tabelas. Menina inteligente e dedicada, que também tem apostado na educação. Minha família é o motivo pelo qual não desisto dos desafios.

À Laura, minha ex-aluna do curso de Psicologia da UFAC, assistente de pesquisa e a quem hoje posso orgulhosamente chamá-la de amiga, cujo auxílio se revelou imprescindível para eu conseguir concluir esta pesquisa. Laura foi incansável em todas as etapas deste trabalho, esteve comigo desde o projeto inicial de pesquisa, passou dias a fio dentro do Hosmac realizando levantamento de prontuários, leu todas as atas de reuniões do CMS de Rio Branco juntamente comigo, ajudou em todo o levantamento das reportagens. Além disso, compartilhou

minhas dúvidas, angústias e receios, sempre com ótimas reflexões. Laura é também uma militante da Reforma Psiquiátrica. Que sorte a minha ter a Laura na minha vida, palavras são insuficientes para expressar o tamanho de minha gratidão por tudo que fez.

Agradeço o acalento das minhas amigas, Carol e Lili que dividiram, mesmo de longe, todos os momentos desse doutorado, sou imensamente grata pela amizade e companheirismo, especialmente aos finais dos domingos, sempre reflexivos em razão de nossos questionamentos e conflitos da vida adulta. Landa, Pati, Lu, Bel, Dag, Clau, Tati e Clara, amigas de toda a vida, independente da distância geográfica que nos separe; somos sempre o ombro uma da outra, prontas para expressarmos o quanto somos orgulhosas do que cada uma tem construído. Agradeço, Clara em especial, por ter sido um braço forte com os meus pais quando eu não pude estar lá, por todo cuidado e carinho que dispensa a minha família, por ter ouvido sobre minhas dificuldades e por sempre ter acreditado em mim. Seguiremos sempre juntas.

À Lorena, por todo apoio e acolhida em Maringá, quando me integrou ao seu grupo de amigas para que eu não me sentisse tão sozinha, também pela disponibilidade sempre que precisei resolver algo nessa cidade. Lorena com quem aprendi e aprendo, a vida nos proporciona encontros tão significativos, trata-se de alguém a quem admiro a inteligência e determinação.

Ao Álex (*in memoriam*), amigo querido com quem dividi três anos da minha vida, mas parecia que erámos amigos de infância, acolheu-me em Rio Branco e na UFAC, com quem dividi infinitas disciplinas e também muitas risadas. Fizemos planos para concluirmos o doutorado juntos, compartilhávamos o trabalho docente, e, sobretudo, a vida em Rio Branco. Sua vida breve não apagará sua contribuição e marca na vida de tantas pessoas, família, amigos, alunos. Não há um só dia que não me lembre dele, especialmente quando estou na UFAC, pois a nossa sala de professores tem o seu nome.

Costa, V. D. (2022). *Entre textos e contextos. O lugar social da loucura em Rio Branco/AC*. (Tese de Doutorado). Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR.

RESUMO

O presente estudo, cujo escopo é conhecer e refletir sobre o lugar social da loucura em Rio Branco/AC, buscou elucidar parte dessa história e apreender sobre as incursões da reforma psiquiátrica, em uma região pouco conhecida e afastada dos grandes centros. O intuito é auxiliar no desvelamento do contraditório e das condições materiais que corroboram para o lugar que é destinado à loucura em meio à organização social do capitalismo e das especificidades que constituem esta organização em Rio Branco. Delineamos nosso estudo como uma pesquisa documental, que teve como recorte temporal, a inauguração do hospital psiquiátrico em Rio Branco em 1978 e como marco final a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Rio Branco, para os cuidados de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, o CAPS II Samaúma em 2018, para tal utilizamos as seguintes fontes: jornais de circulação em Rio Branco, levantamento realizado na Hemeroteca da Biblioteca Nacional Digital; jornais digitais; atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco; prontuários de internação e do ambulatório do Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac). A análise dos resultados se deu à partir da legislação de saúde mental vigente no Brasil, no período estudado, e à luz de concepções que compreendem o mundo e a sociedade pela ótica da historicidade, considerando a dinamicidade e os contraditórios no bojo desta organização social. Os resultados desta pesquisa demonstram a persistência do hospital psiquiátrico como o lócus da loucura em Rio Branco e assim como o dispositivo assistencial prioritário para as pessoas em sofrimento psíquico. Foram os jovens adultos, considerados improdutivos, de baixa escolaridade que alimentaram as internações e as reinternações do Hosmac. Para o louco parece não haver alternativas e nem mesmo o poder de escolhas, pois para quem perdeu o poder contratual e desta forma o seu valor social, não seria útil nesta sociedade que exige, produtividade e força de trabalho, condição *sine qua non* para o projeto societário capitalista. Este lugar da loucura esteve entrelaçado pelos enfeixes manicomiais, apresentando o louco como figura perigosa, robustecendo a compreensão da loucura pelo viés da periculosidade. Este lugar do hospital psiquiátrico em Rio Branco também é corroborado pela persistência e hegemonia do paradigma psiquiátrico e pelo pouco investimento e não consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município, capaz de transformar esse lugar social da loucura. Estes contornos tiveram influência da própria história da formação do estado do Acre e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) nesse território. Outro aspecto relevante neste desvelamento perpassa pelo controle social, o qual teve sua gênese marcada por cooptação política e funcionamento precário do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco, demonstrou, no período pesquisado, pouca apropriação dos pressupostos e princípios da reforma psiquiátrica, culminando em escassas reivindicações e debates, propiciando uma participação social pautada por cumprimento de normativas, mesmo quando estas feriam o ideário da reforma psiquiátrica brasileira. Sem ingenuidade política, vale ressaltar que as políticas públicas, são necessárias, embora, por sua vez, não garantam à totalidade da sociedade, acesso igualitário aos seus serviços, superação da miséria e desigualdades sociais. Este outro lugar social da loucura pode ser construído por meio de nossas ações e estratégias no cotidiano dos serviços de saúde, no fortalecimento do SUS e investimento de recursos financeiros na RAPS, no rompimento do paradigma psiquiátrico, no estabelecimento de um modelo de cuidado pautado nos pilares da reforma psiquiátrica, que deve ser conhecida e defendida nos espaços de controle social, assegurando os direitos sociais e difundindo uma lógica de cuidado em liberdade e de base territorial, norteado pela atenção psicossocial.

Palavras-chave: Loucura. Luta antimanicomial. Reforma psiquiátrica. Saúde pública. Saúde mental. Rede de atenção psicossocial. Rio Branco/AC.

ABSTRACT

The present study, whose scope is to know and reflect on the social place of madness in Rio Branco/AC, sought to elucidate part of this history and to learn about the incursions of the psychiatric reform, in a little known region and away from the great centers. The purpose was to help in the unveiling of the contradictory and the material conditions that corroborate the place that is destined for madness in the midst of the social organization of the capitalism and the specificities that constitute this organization in Rio Branco. We delineated our study as a documentary research, which had a temporal cut, the inauguration of the psychiatric hospital in Rio Branco in 1978 and as final mark the inauguration of the first Psychosocial Care Center (CAPS) in Rio Branco, for the care of people with severe and persistent mental disorders, CAPS II Samaúma in 2018, for this we used the following sources: circulation newspapers in Rio Branco, a survey carried out at the Hemeroteca of the National Digital Library; digital newspapers; minutes of meetings of the Municipal Health Council of Rio Branco; hospitalization charts records of the Mental Health Hospital of Acre (Hosmac). The analysis of the results was based on the mental health legislation in force in Brazil, in the period studied, and in the light of conceptions that understand the world and the society from the perspective of historicity, considering the dynamicity and contradictions in the midst of this social organization. The results of this research demonstrate the persistence of the psychiatric hospital as the locus of madness in Rio Branco and as the priority assistance device for people in psychological distress. It was the young adults, considered unproductive, with low education, who fueled the hospitalizations and readmissions of Hosmac. For the mad person there seems to be no alternatives and not even the power of choices, because for those who have lost their contractual power and this way their social value, it would not be useful in this society that demands productivity and workforce, a *sine qua non* condition for capitalist corporate project. This place of madness was intertwined by the asylum bundles, presenting the madman as a dangerous figure, strengthening the understanding of madness through the bias of dangerousness. This place of the psychiatric hospital in Rio Branco is also corroborated by the persistence and hegemony of the psychiatric paradigm and by the little investment and not consolidation of the Psychosocial Care Network (RAPS) of the municipality, capable of transform this social place of madness. These contours were influenced by the very history of the formation of the state of Acre and the implementation of the Unified Health System (SUS) in that territory. It is worth noting that the principles and discussions surrounding the psychiatric reform took a long time to reach the Acre territory, in view of the difficulties faced in understanding and establishing the SUS in this territory. Another relevant aspect in this unveiling goes through social control, which had its genesis marked by political co-option and precarious functioning of the Municipal Health Council of Rio Branco, demonstrated, in the period searched, little appropriation of the assumptions and principles of psychiatric reform, culminating in scarce claims and debates, propitiating social participation guided by compliance with regulations, even when these violated the ideals of the Brazilian psychiatric reform. No political naivety, it is worth mentioning that public policies are necessary, although, in turn, they do not guarantee equal access to its services to the whole of society, overcoming poverty and social inequalities. This other social place of madness can be built through our daily actions and strategies of health services, in the strengthening of the SUS and investment of financial resources in the RAPS, in the disruption of the psychiatric paradigm, in the establishment of a model of care based on the pillars of psychiatric reform, which must be known and defended in spaces of social control, ensuring social rights and disseminating a logic of care in freedom and on a territorial basis, guided by psychosocial care.

Keywords: Madness. Anti-asylum fight. Psychiatric reform. Public health. Mental health. Psychosocial care network. Rio Branco/AC.

RIASSUNTO

Il presente studio, cui scopo è conoscere e riflettere sul luogo sociale della follia a Rio Branco/AC, cerca di delucidare parti di questa storia e imparare a riguardo delle incursioni della riforma psichiatrica, in una regione poco conosciuta e lontana dai grandi centri. Lo scopo è quello di allo svelamento a svelare il contraddittorio e le condizioni materiali che corroborano il luogo che è destinato alla follia in mezzo all'organizzazione sociale del capitalismo e le specificità che hanno costituito questa organizzazione a Rio Branco. Abbiamo delineato il nostro studio come una ricerca documentaria, che aveva come taglio temporale, l'inaugurazione dell'ospedale psichiatrico di Rio Branco nel 1978 e come impronta finale l'inaugurazione del primo Centro di Assistenza Psicosociale (CAPS) in Rio Branco, per la cura delle persone con disturbi mentali gravi e persistenti, il CAPS Samaúma nel 2018, per questo abbiamo utilizzato le seguenti fonti: giornali in circolazione a Rio Branco, indagine svolta nell'Emeroteca della Biblioteca Digitale Nazionale; giornali digitali; verbali delle riunioni dell'Assessorato alla Sanità Comunale di Rio Branco; cartelle cliniche di ricovero e ambulatoriali dell'ospedale della Salute Mentale do Acre (Hosmac). L'analisi dei risultati si è basata sulla legislazione della salute mentale in vigore in Brasile, nel periodo studiato, e alla luce di concezioni che comprendono il mondo e la società dal punto di vista della storicità, considerando il dinamismo e le contraddizioni nel nucleo di questa organizzazione sociale. I risultati di questa ricerca dimostrano la persistenza dell'ospedale psichiatrico come *locus* della follia a Rio Branco e così come il dispositivo di assistenza prioritaria per le persone in disagio psicologico. Sono stati i giovani adulti, considerati improduttivi, con un basso livello di istruzione ad alimentare i ricoveri e le riammissioni di Hosmac. Per il malato di mente sembra non esserci alternative e nemmeno potere di scelta, poiché per chi ha perso il potere contrattuale e quindi il proprio valore sociale, non sarebbe utile in questa società che esige produttività e forza lavoro, una *conditio sine qua non* per il progetto della società capitalista. Questo luogo della follia è stato intrecciato dagli agglomerati manicomiali, presentando il pazzo come una figura pericolosa, rafforzando quindi la comprensione della follia attraverso il pregiudizio della pericolosità. Questa posizione dell'ospedale psichiatrico di Rio Branco è corroborata anche dalla persistenza ed egemonia del paradigma psichiatrico e dal poco investimento nella Rete di Assistenza Psicosociale (RAPS) del comune, capace di trasformare questo luogo sociale della follia. Questi contorni sono stati influenzati dalla storia stessa della creazione dello stato dell' Acre e dell'attuazione del Sistema Sanitario Unificato (SUS) in questo territorio. Un altro aspetto rilevante di questa scoperta passa attraverso il controllo sociale, il quale ha avuto la sua genesi segnata dalla cooperazione politica e dal precario funzionamento dell'Assessorato alla Sanità Comunale di Rio Branco, mostrato, nel periodo ricercato, scarsa appropriazione dei presupposti e dei principi della riforma psichiatrica, culminando in poche pretese e dibattiti, propiziatorio una partecipazione sociale guidata dal rispetto delle norme, anche quando queste violavano gli ideali della riforma psichiatrica brasiliana. Senza ingenuità politica, vale risaltare che le politiche pubbliche sono necessarie, anche se, a loro volta, non garantiscano a tutta la società pari accesso ai suoi servizi, superamento della povertà e disuguaglianze sociali. Quest'altro luogo sociale della follia può essere costruito attraverso le nostre azioni e strategie quotidiane

dei servizi sanitari, nel potenziamento del SUS e nell'investimento di risorse finanziarie nella RAPS, nella rottura del paradigma psichiatrico, nella definizione di un modello di cura basato sui pilastri della riforma psichiatrica, che deve essere conosciuta e difesa negli spazi di controllo sociale, garantendo i diritti sociali e diffondendo una logica di cura in libertà e su base territoriale, guidata dall'assistenza psicosociale.

Parole Chiave: Follia. Lotta antimanicomiale. Riforma psichiatrica. Salute pubblica. Salute mentale. Rete di assistenza psicosociale. Rio Branco/AC.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - <i>O Mergulho no Espírito do Índio. Pintura do artista acreano Ivanilson Sousa</i>	21
Figura 2 - <i>Ventania no Seringal. Pintura de Ivanilson Sousa</i>	43
Figura 3 - <i>Mapa do Estado do Acre</i>	45
Figura 4 - <i>Regiões de Saúde no Estado do Acre</i>	61
Figura 5 - <i>O Encontro dos Cidadãos Populares. Pintura de Ivanilson Sousa</i>	66
Figura 6 - <i>Dispositivos da rede de atenção psicossocial (RAPS) de Rio Branco</i>	72
Figura 7 - <i>Fluxo 1: Atendimento de saúde mental na atenção primária e outros pontos de atenção à saúde mental em Rio Branco</i>	73
Figura 8 - <i>Unidades de Saúde e Dispositivos da RAPS de Rio Branco</i>	75
Figura 9 - <i>Ordem da Iluminação da Rosa Verde no Alto Céu Universal da Grandeza Cósmica da Estrela Oriental. Pintura de Ivanilson Sousa</i>	87
Figura 10 - <i>Nota sobre inauguração do Hospital Distrital</i>	92
Figura 11 - <i>Nota sobre denúncias do Hospital Distrital</i>	93
Figura 12 - <i>Nota sobre investigação no Hospital Distrital</i>	94
Figura 13 - <i>Reportagem sobre o tratamento ofertado no Hospital Distrital</i>	95
Figura 14 - <i>Nota sobre a situação de descaso no Hospital Distrital de Rio Branco, considerado albergue de doentes mentais</i>	96
Figura 15 - <i>Nota sobre o Hospital Distrital de Rio Branco e sua configuração como depósito de indesejáveis</i>	97
Figura 16 - <i>Reportagem que critica uma matéria televisiva veiculada pela TV Globo, no programa Globo Repórter, sobre a assistência que era ofertada às pessoas com transtornos mentais no Brasil</i>	100
Figura 17 - <i>Reportagem sobre uma estudante que pulou da ponte em Rio Branco, pois fugia de um homem considerado louco</i>	105
Figura 18 - <i>Reportagem sobre um louco que causou tumulto no centro da cidade de Rio Branco</i>	105
Figura 19 - <i>Reportagem sobre a tentativa de violência contra um louco</i>	106
Figura 20 - <i>Reportagem sobre o atendimento da polícia a uma mulher que precisava de atendimento com urgência para o filho, pois este sofreria das faculdades mentais</i>	106
Figura 21 - <i>Reportagem sobre a atitude de um delegado em Sena Madureira/AC que narra sobre como conseguiu livrar-se de um homem que causava desordem na cidade</i>	109
Figura 22 - <i>A Internação. Gravura de Ivanilson Sousa</i>	167
Figura 23 - <i>Imagem do prontuário do ambulatório do Hosmac</i>	172
Figura 24 - <i>Imagem do prontuário de internação do Hosmac</i>	173
Figura 25 - <i>Gênero das pessoas atendidas no ambulatório do Hosmac</i>	176
Figura 26 - <i>Gênero das pessoas internadas/reinternadas no Hosmac</i>	176
Figura 27 - <i>Intervalos de idades das pessoas atendidas no ambulatório do Hosmac</i>	185
Figura 28 - <i>Intervalos de idades das pessoas internadas/reinternadas no Hosmac</i>	186
Figura 29 - <i>Escolaridade das pessoas atendidas no ambulatório do Hosmac</i>	189
Figura 30 - <i>Escolaridade das pessoas internadas/reinternadas no Hosmac</i>	190
Figura 31 - <i>Profissão/Ocupação das pessoas atendidas no ambulatório do Hosmac</i>	192
Figura 32 - <i>Profissão/Ocupação das pessoas internadas/reinternadas no Hosmac</i>	193
Figura 33 - <i>Município de origem das pessoas atendidas no ambulatório do Hosmac</i>	197
Figura 34 - <i>Município de origem das pessoas internadas/reinternadas no Hosmac</i>	198
Figura 35 - <i>Bairros (Rio Branco) onde residem as pessoas atendidas no ambulatório do Hosmac</i>	198

Figura 36 - Bairros (Rio Branco) onde residem as pessoas internadas/reinternadas no Hosmac.....	199
Figura 37 - Tipos de internação no Hosmac.....	205
Figura 38 - As reinternações no Hosmac.....	205
Figura 39 - Intervalo de tempo de tratamento/acompanhamento (anos) das pessoas atendidas no ambulatório do Hosmac.....	206
Figura 40 - Intervalo de tempo (dias) de internação das pessoas internadas/reinternadas no Hosmac.....	206
Figura 41 - Categorias das hipóteses diagnósticas das pessoas atendidas/acompanhadas no ambulatório do Hosmac.....	216
Figura 42 - Categorias das hipóteses diagnósticas das pessoas internadas/reinternadas no Hosmac.....	217
Figura 43 - Imagem de um encaminhamento da Maternidade Bárbara Heliadora de Rio Branco que estava no prontuário de internação de uma paciente do Hosmac.....	221
Figura 44 - Imagem de anotações de um prontuário de uma paciente do ambulatório do Hosmac.....	221
Figura 45- Encaminhamentos realizados pelos profissionais do Hosmac (Ambulatório).....	223
Figura 46- Encaminhamentos realizados pelos profissionais do Hosmac (Internação/Reinternação).....	224
Figura 47 - Raízes das Águas Amazônicas. Pintura de Ivanilson Sousa.....	228

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - <i>RAPS de Rio Branco/AC (2019/2020)</i>	71
Tabela 2 - <i>Levantamento na Hemeroteca, a partir de 1978, dos jornais de Rio Branco/Acre</i>	91
Tabela 3 – <i>Levantamento de matérias/ notas do ac24horas</i>	112
Tabela 4 – <i>Levantamento de matéria/notas do Portal G1 Globo Notícias</i>	112
Tabela 5 – <i>Atas de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco</i>	139
Tabela 6 - <i>Levantamento de temas do âmbito da saúde mental que surgiram nas atas analisadas das reuniões do CMS de Rio Branco</i>	139

LISTA DE SIGLAS

AIH - Autorizações de Internações Hospitalares

Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Apasama-AD - Associação de Pacientes e Amigos da Saúde Mental do Acre – Álcool e outras Drogas

Aredacre - Associação de Redução de Danos do Acre

Cades - Central de Articulação das Entidades da Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CASS - Casa de Apoio à Saúde do Seringueiro

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CES – Conselho Estadual de Saúde

CIB - Comissão Intergestora Bipartite

CFM - Conselho Federal de Medicina

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CGMAD/MS - Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas

CGU - Controladoria Geral da União

CID - Classificação Internacional de Doenças

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNPJ – Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica

CNS – Conselho Nacional de Saúde

Cofin – Conselho Nacional de Saúde

Comad - Conselho Municipal de Atenção ao Álcool e outras Drogas

CRP - Conselho Regional de Psicologia

CTs - Comunidades Terapêuticas

DAS (Semsa)- Departamento de Assistência à Saúde

DGP (Semsa) – Departamento de Gestão de Pessoas

DSM - o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ECA - Estatuto da Criança e Adolescente

EMAESM – Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental

FAB - Força Aérea Brasileira

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz

Funad – Fundação Nacional Antidrogas

Gatac – Grupo de Apoio às pessoas com TDAH do Acre

Gephe - Grupo de Estudos e Pesquisas em Higiene Mental e Eugenia

Hosmac - Hospital de Saúde Mental do Acre

Huerb - Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco

Iapen – Instituto de Administração Penitenciária

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LOS - Lei Orgânica de Saúde

MPE - Ministério Público do Estado

MTSM - Movimento do Trabalhadores em Saúde Mental

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NOB - Norma Operacional Básica

OAB-RO - Ordens dos Advogados do Brasil – Rondônia

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAD – Política Nacional sobre Drogas

PM - Polícia Militar

PS – Pronto Socorro

RAPS = Rede de Atenção Psicossocial

RD – *revolving door*

RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Semsa - Secretaria Municipal de Saúde

Sesacre - Secretaria Estadual de Saúde do Acre

Sindmed - Sindicato dos Médicos do Acre

Sintesac - Trabalhadores em Saúde do Estado do Acre

SM – Saúde Mental

SRTs - Serviços Residenciais Terapêuticos
SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TAC - Termo de Ajustamento de Conduta
TCU – Tribunal de Contas da União
TCLE – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UAA - Unidade de Acolhimento Adulto
UBSs - Unidades Básicas de Saúde
UEM - Universidade Estadual de Maringá
UFAC - Universidade Federal do Acre
UPA - Unidades de Pronto Atendimento
URAP - Unidades de Referência da Atenção Primária

SUMÁRIO

E A LOUCURA SE ENTRELAÇA À VIDA.....	23
A VIDA, OS SEUS INTERVALOS E A LOUCURA.....	26
SOBRE A CORDA BAMBA DA LOUCURA E A ESPERANÇA EQUILIBRISTA.....	29
1 NO VARADOURO DA HISTÓRIA: O ESTADO DO ACRE E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	44
2 O PERCURSO DA PESQUISA: ENTRE TEXTOS E CONTEXTOS.....	67
2.1 ENTRA EM CENA A CIDADE DE RIO BRANCO.....	67
2.2 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE RIO BRANCO/AC E O HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DO ACRE.....	67
2.3 TIPO DE PESQUISA E AS FONTES DE DADOS.....	75
2.4 OS ENTRADES DA PESQUISA DE CAMPO.....	80
2.5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	85
3 AS REPRESENTAÇÕES DISCURSIVAS NA MÍDIA RIO-BRANQUENSE SOBRE A LOUCURA.....	88
3.1 MATÉRIAS E NOTAS DOS JORNAIS ACESSADOS NA HEMEROTECA DA BIBLIOTECA NACIONAL DIGITAL.....	90
3.1.1 Manicômio: o destino dos indesejáveis.....	91
3.1.2 O louco perigoso nas páginas policiais.....	102
3.2 MATÉRIAS E NOTAS DOS JORNAIS ELETRÔNICOS DE RIO BRANCO/AC.....	110
3.2.1 A loucura e os modelos de atenção em saúde mental: Hosmac x RAPS.....	112
3.2.2 A loucura entre muros: Hosmac x presídio.....	124
4 O CONTROLE SOCIAL NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE: A LOUCURA NAS ATAS DE REUNIÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	133
5 O HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DO ACRE (HOSMAC): A LOUCURA ENTRE MUROS.....	169
5.1 HOSMAC: UM RETRATO DO MANICÔMIO E DOS QUE SÃO CONSIDERADOS LOUCOS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO.....	172
5.1.1 O gênero das pessoas atendidas no ambulatório e na internação no Hosmac.....	175

5.1.2 Os intervalos de idades das pessoas atendidas no ambulatório e internadas/reinternadas no Hosmac.....	184
5.1.3 A escolaridade das pessoas atendidas no ambulatório e internadas/reinternadas no Hosmac.....	189
5.1.4 A profissão/ocupação das pessoas atendidas no ambulatório e internadas/reinternadas no Hosmac.....	192
5.1.5 A origem (municípios e bairros) das pessoas atendidas no ambulatório e internadas/reinternadas no Hosmac.....	196
5.1.6 Os tipos de internação e as reinternações no Hosmac e o tempo de acompanhamento/tratamento das pessoas atendidas no ambulatório e de internação/reinternação.....	203
5.1.7 As categorias diagnósticas das pessoas atendidas no ambulatório e na internação/reinternação do Hosmac.....	213
5.1.8 Encaminhamentos realizados pelos profissionais do Hosmac (ambulatório e internação/reinternação).....	223
6 ENTRE REBOJOS E BANZEIROS: POSSÍVEIS ALINHAVOS E REMATES.....	229
REFERÊNCIAS.....	239
ANEXOS	268

Figura 1

O Mergulho No Espírito Do Índio.



Nota: Pintura do artista acreano Ivanilson Sousa¹.

¹ Ivanilson Sousa é natural de Rio Branco/AC, tem 30 anos de idade, formado em pedagogia e atualmente reside no município de Senador Guiomard/AC. Ivanilson teve seu encontro com a arte por meio da música em sua adolescência e assim passou a pintar em papéis, telas, blusas, a forma como ver e se coloca no mundo. O artista também escreve poesias e retrata sua criatividade e experiências tendo como seu lugar de fala, a Amazônia acreana e suas vivências singulares, resgatando em suas obras o espírito da floresta, dos povos indígenas e sua espiritualidade, buscando superação e vida em suas raízes. Um artista negro, da periferia de Rio Branco/AC que teve sua vida marcada por internações no hospital psiquiátrico de Rio Branco e que posteriormente encontrou cuidado na RAPS de Rio Branco, enfatizou seu apreço pelo acolhimento e vivências no Centro de Convivência e Cultura Arte de Ser. Ivanilson pinta e escreve suas dores e alegrias, entrega sensibilidade e dedicação em suas obras, resgata e engradece seus ancestrais, com orgulho de sua acreanidade e de sua história. A pintura, O mergulho no espírito do índio, foi premiada no 2º Salão dos Novos de Artes Visuais na categoria pintura em tela realizado pela AAPA (Associação dos Artistas Plásticos do Acre) em março de 2021. O material utilizado na tese e suas descrições, foram cedidas pelo próprio artista. Essa pequena biografia de Ivanilson, foi construída com base em seu relato, em conversa informal, que aconteceu em uma exposição da qual ele participava na UFAC em agosto de 2022. Utilizamos o material, conforme foi enviado pelo artista, as pinturas e poemas.

“Essa é uma das tantas histórias...”

Safira era o nome dela – uma moça bonita de pele bronzeada, cabelos castanho-claros, cacheados, sobrancelhas aveludadas, nariz afilado, dona de um rosto angelical e de um corpo escultural.

No meu sentimento de criança-adolescente, nada percebia de tão anormal. Safira era apenas uma moça simpática que brincava com as crianças que tinham idades bem menos que a sua. Talvez por isso mesmo as pessoas a chamassem de ‘retardada’.

O tempo passou e Safira deixou de ser menina – virou moça – menstruou. Os vizinhos comentavam: “... se ela não endireitar agora, pode até endoidar de vez...”. Para mim ela não mudou e nem piorou, continuou a mesma pessoa, apesar de algumas vezes achar esquisitos alguns comportamentos seus.

Tinha toda a aparência de uma ‘moça feita’, a exemplo dos seios, mas virava cambalhota, sem se importar que outras pessoas vissem seus pelos pubianos em virtude da ceroula folgada que costumava usar.

As meninas mais curiosas ficavam a pedir que ela repetisse a cambalhota. Ela, coitada, na sua inocência (ou no estado de loucura?), ficava feliz com os pedidos e não hesitavam em repetir o gesto anteriormente demonstrado.

Certo dia, a já moça Safira encontrou um moço que, encantado por sua beleza, com ela ‘noivou’. Chamava-se Ventura esse moço corajoso que por ela apaixonou-se e para casar-se precisava trabalhar. Mas só conseguiu emprego como desbravador das matas que cobriam os locais que mais tarde seria a tão propalada estrada denominada transamazônica. Tal rodovia, hoje, leva os acreanos a qualquer parte do país.

Ventura partiu, deixando a moça Safira – sua noiva a esperar. Passaram-se quase dois anos e a única notícia que Safira recebeu foi a de que seu noivo fora atacado pela flecha afiada de um índio e faleceu.

Creio que foi a cruel notícia que levou embora um lindo sonho e, junto com ele, a já tão frágil sanidade de Safira, pois, a partir daquele dia, como dizia o povo do lugar, “endoideceu” de vez.

Gritos, gritos e gritos de desespero ecoaram de dentro de Safira durante aproximadamente três dias sem parar. Foi uma crise que ela experimentou, e como não havia ninguém habilitado para interceder, Safira foi colocada em um dos compartimentos de sua casa, até esmorecer.

Não digo que não tentaram tirá-la de lá. Só que, toda vez que se tentava, ela saía gritando e correndo em disparada para o meio da mata. Sua volta só ocorria quando alguns homens conseguiam pegá-la, imobilizá-la com uma “gravata” e colocá-la de novo na cela domiciliar.

Nesse ínterim, era tempo do avião da FAB chegar e levar aqueles que haviam se “comportado mal”. O avião que levava as pessoas consideradas perturbadoras da ordem pública levou também para longe, no caso o Hospital Eduardo Ribeiro em Manaus, a pobre moça Safira.

A cada seis meses um avião da FAB passava: traziam uns recuperados e levavam outros, para recuperar. A espera era longa, e no dia que chegava nada de trazer de volta a moça Safira. Muitos seis meses se passaram sem qualquer notícia.

Certo dia, mesmo sem estar esperando o avião da FAB, ouvi alguns comentários: “como é que pode? Ah! Se ela fosse filha minha, isso não ia ficar assim. Parei para prestar mais atenção e logo concluí que falavam de Safira, porém não tinha ideia sobre o tema que tratavam. Quando falaram: “coitada, que sorte a dessa moça, hein”? Apressei-me a perguntar sobre o que havia acontecido, porém a resposta foi: “esse assunto não diz respeito a criança... vá se aquietar”.

Mais tarde descobri que Safira, em seu estado de loucura, driblou o pessoal da enfermagem e da portaria e saiu correndo sem rumo pelas ruas de Manaus, momento em que foi acidentada por um carro que passava em alta velocidade. Safira nem chegou a ser encaminhada para atendimento de urgência, pois faleceu ali mesmo, no local do acidente. (Ferreira, 2006, pp. 46-48).

E A LOUCURA SE ENTRELAÇA À VIDA

A história de Safira, possivelmente, representa a história de outros acreanos quando se observa a atenção dispensada a quem era considerado louco, ao menos até o fim da década de 1970, quando então foi inaugurado o hospital psiquiátrico em Rio Branco, capital do estado do Acre. Pessoas da vida real, como Safira, foram e nunca mais retornaram às suas casas e famílias. Ao longo dessa história, mudanças ocorreram, mas persistiu uma lógica de assistência voltada para à privação da liberdade, hospitalização e exclusão dessas pessoas, apenas não eram mais “deportados” para a capital do estado vizinho, Manaus. A partir da inauguração do Hospital Distrital em 1978, suas “sentenças”, poderiam ser cumpridas na terra natal. Algumas décadas se passaram e embora tenhamos tido significativos avanços no que denominamos de cuidado em saúde mental, na capital acreana, o hospital psiquiátrico permanece pujante. Entre as histórias de personagens da vida real e da literatura ficcional que construímos o nosso interesse de pesquisa sobre o lugar social da loucura em Rio Branco.

“A loucura, objeto de meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente”, fragmento da fala do personagem Simão Bacamarte da obra intitulada *O Alienista*, de autoria de Machado de Assis (2014, p. 34), publicado em sua primeira versão em 1881. Simão Bacamarte é figura central da obra, personagem de uma ficção literária que busca a todo custo alcançar o conhecimento sobre a loucura, desconsiderando qualquer limite humano. Em sua ânsia de conhecer o universo da loucura e propor a cura para tal “mal”, cria a Casa Verde, lugar onde colocará todos aqueles que, em sua perspectiva, estivessem assolados pelo desequilíbrio das faculdades mentais, e não foram poucos os que ocuparam os quartos desta casa. A criação da Casa Verde representava para Simão Bacamarte o *locus* de uma experiência que mudaria a humanidade pois tinha como propósito a cura da loucura, “limpando” a cidade, retirava do meio dos sãos aqueles considerados um risco para a sociedade. Simão Bacamarte e o boticário, personagem de Crispim Soares, falam sobre seu contentamento com sua “ideia arrojada e nova” (Assis, 2014, p.33), destacando a sua experiência, a qual denominou como científica, e acrescentou: “Digo experiência, porque não me atrevo a assegurar desde já a minha ideia, nem a ciência é outra coisa, Sr. Soares, senão uma investigação constante” (Assis, 2014, p. 34). A partir dessa experiência “arrojada e nova”, Bacamarte começa a pensar a loucura não mais como uma ilha perdida no oceano da razão, mas como um verdadeiro continente, ou seja, surpreende-se ao se deparar com o objeto de

investigação numa proporção ainda maior do que havia imaginado e proposto para seu processo de investigação.

Essa obra literária de Machado de Assis chama-nos a atenção pela dimensão do objeto de investigação de Simão Bacamarte, a loucura, e sem minimizar tal dimensão, pelo contrário, referendando a complexidade das experiências vividas pelo personagem, pois assim como Bacamarte via a loucura² como um continente em que ainda há muito a ser desvendado, partimos da complexidade deste fenômeno e iniciamos este trabalho inspiradas por esta obra. Embora seja uma ficção, não podemos deixar de reiterar a importância da literatura no desvelamento da realidade de uma determinada época e do que paira nas representações, concepções de mundo e da ciência, que influenciam a ordem social de um período. Após nos aproximarmos das ideias de Simão Bacamarte e demonstrar a importância desta obra ficcional, que nos possibilita refletir e formular indagações sobre a loucura e a ciência na qual estava envolta, naquele período histórico, século XIX, remete-nos também aos aspectos marcantes que elucidam os pensamentos, as condições materiais e de existência de uma época.

Pesavento (2003) acrescenta que a literatura consiste numa fonte de relevância para o historiador e/ou pesquisador cujo objetivo é recobrar não só as representações de mundo e das concepções humanas de uma determinada época e sociedade, bem como os valores e formas de sociabilidade. Nesta óptica, recorreremos ao clássico literário de Machado de Assis (1881/2014), para propormos o tema deste trabalho, pois a literatura possui o esmero de apresentar os significados, as ambiguidades, e o ordenamento social de determinados períodos históricos. Conforme a autora, a literatura e a história, apesar de partirem de diferentes perspectivas da composição de narrativas para representar um mundo e seus entrelaçamentos; defende que a história, assim como a literatura, constrói sua narrativa como forma de desvelar sentidos atrelados a uma época e aos seus enredos. A literatura se diferencia da história na narrativa da realidade, a qual tendo o saber histórico adquirido utiliza-se de sua linguagem metafórica e de alegoria para apresentar a realidade de outra maneira, muitas vezes, indo além, sem a

² Vale frisar que nesta pesquisa optamos por utilizar o termo loucura, mesmo não sendo esta a terminologia utilizada, recentemente, pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009). Sabemos que como forma de minimizar os estigmas que algumas patologias e/ou acometimentos carregam, houve a adoção de novas terminologias. No campo da saúde mental a loucura pode ter diferentes conceituações. Neste sentido, Amarante (2007) designa o termo sofrimento psíquico o qual está relacionado aos diversos aspectos da vida cotidiana que podem acometer as pessoas e causar sofrimento, não restringindo tal agrura ao diagnóstico de transtorno mental, sendo assim, poderemos neste trabalho utilizar os dois termos, loucura e sofrimento psíquico, como sinônimos. Bem como adotaremos o termo louco, para nos referirmos às pessoas em sofrimento psíquico e que tiveram suas vidas marcadas por diagnósticos psiquiátricos ou que de alguma maneira foram consideradas como tal. Cabe ressaltar que, seguindo esta mesma lógica, utilizaremos o termo manicômio e/ou hospício como sinônimo de hospital psiquiátrico.

necessidade de citações bibliográficas, fontes documentais ou uma expressiva investigação historiográfica, como ocorre comumente em narrativas históricas.

Sobre a importância da literatura para a reflexão de questões do cotidiano e fenômenos sociais, Cândido (1988/2011) assegura que cada sociedade cria suas manifestações ficcionais com base em crenças, sentimentos, normas, valores, sendo a literatura fator indispensável para as expressões das necessidades humanas e de uma sociedade. O autor entende a literatura como imagem e transfiguração da vida, compreendendo sua função como complexa e contraditória, considerando que “Toda obra literária é antes de mais nada uma espécie de objeto, de objeto construído” (Cândido, 1988/2011, p. 179). Destaca que uma das faces da literatura é a expressão de posicionamentos diante de problemas de uma sociedade, são as manifestações realçadas pelas convicções do autor, suas visões da realidade e os tons críticos que surgem numa obra e sobre tal questão acrescenta: “... a literatura pode ser um instrumento de desmascaramento, pelo fato de focalizar as situações das restrições de direitos, ou de negação deles, como a miséria, a servidão...” (Cândido, 1988/2011, p. 188).

Percorrer os contornos propiciados pela literatura é nos transportar para determinadas épocas, costumes, configuração de uma sociedade que tem muito a nos dizer sobre o quê, como, baseado em quais concepções e sob qual materialidade as pessoas daquele período histórico pensavam a sociedade e suas demandas. Boarini (2011, p.75) enfatiza o valor da arte e seu brilhantismo na maneira de nos apresentar o mundo, “A arte de qualquer natureza existe vinculada à dinâmica da sociedade da qual faz parte, que significa dizer que a temática expressada pela arte de uma época era a preocupação que estava ‘invadindo a cabeça dos homens’ daquele momento...”.

Nesta perspectiva, a experiência da releitura e análise da obra de Machado de Assis, em meio ao cenário do século XXI e do acompanhamento da tentativa paulatina do desmonte da reforma psiquiátrica brasileira, apresentado por novas portarias, notas técnicas e decretos do Ministério da Saúde³, ocorre incisivamente desde o ano de 2016, as quais caracterizam o

³ Portaria do Ministério da Saúde, 1.482 de 25 de outubro de 2016, que inclui as comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), passo necessário para que estas fossem financiadas com verbas da saúde (Brasil, 2016); resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14/12/2017, que estabelece as (novas) diretrizes para o funcionamento da RAPS e após aprovação e regulamentação da lei 10.216/2011, apresenta pela primeira vez o hospital psiquiátrico como parte integrante do cuidado na rede, e estabelece maior financiamento para este dispositivo. Destaca a constituição de equipes multiprofissionais para ambulatórios psiquiátricos, estabelecendo um novo modelo de atenção. (Brasil, 2017); portaria do MS 3.588, de 21/12/2017, que institui o CAPS ad IV (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV), aumenta o tamanho das Residências Terapêuticas e das enfermarias de leitos de saúde mental em hospital geral, além de aumentar os recursos hospitalares (Brasil, 2017); outra normativa que dispõe sobre todo o SUS e afeta diretamente a PNSM, mesmo não estando a ela vinculada, é a portaria GM n. 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que altera a Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a

progressivo desmonte das políticas públicas de saúde mental no Brasil, que nos despertaram para o campo da pesquisa e da temática, loucura. Contudo, a motivação da pesquisa percorre um caminho longo que me acompanha antes mesmo de qualquer processo formativo acadêmico⁴.

A VIDA, OS SEUS INTERVALOS E A LOUCURA

Ainda na infância algumas questões relacionadas à loucura me intrigavam. Havia na comunidade rural, no estado de Rondônia, onde residi, um personagem da vida real, que assassinou o pai a marteladas, este homem, na época considerado um louco criminoso, permaneceu no local do acontecimento até a chegada da polícia e afirmava com veemência ter matado uma onça. Este homem conhecido na comunidade com o codinome “doido”. Lembro-me de que desde muito pequena o via como excêntrico. Vivia num mundo particular, criado no terreno de casa, nomeada por ele como uma usina; possuía um vocabulário próprio, mas todos o entendiam em virtude da convivência com ele. Já na adolescência indaguei a minha mãe sobre o que teria acontecido com aquele homem, quais motivos o teriam levado à loucura. Contou-me a história do assassinato cometido por ele e informou que, na época, década de 1970, não havia, como não há atualmente, no estado de Rondônia, um manicômio judiciário, por isso, teria sido encaminhado para a cidade de Manaus, Amazonas, e após dois ou três anos teria retornado à comunidade e nunca souberam como conseguira retornar. Ao regressar havia procurado meu avô paterno para que lhe cedesse um terreno para morar, que demarcou um

transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS. (Brasil, 2017); Em 25 de janeiro de 2018, a CIT publicou duas resoluções, a n. 35 e a n. 36, dispondo sobre a devolução (recursos de implantação, resolução 35) ou bloqueio (custeio, resolução 36), estas resoluções pautaram posteriormente um corte de verbas para CAPSs e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) com dificuldades de apresentar a produção (Brasil, 2018); 9 de março de 2018, o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Conad) edita sua resolução n. 1 (Brasil, 2018), definindo diretrizes para o “realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas”, no qual afirma o “realinhamento da Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde em 2017” pela resolução 32/2017 da CIT e pela portaria n. 3.588/2017.; Em 25 de abril de 2018, foi publicado o edital 1/18 pela Senad/MJ (MS, MT e MDS), o qual preconiza o cadastramento de comunidades terapêuticas para receberem financiamento da União e define que o acolhimento nestas instituições podem chegar até 12 meses.; Em 15 de agosto de 2018, a portaria MS n. 2.434 aumentou o financiamento das internações psiquiátricas de mais de 90 dias (Brasil, 2018).; No dia 4 de fevereiro de 2019, foi publicada a Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/Dapes/SAS/MS, apresentando-se como uma “Nova Política Nacional de Saúde Mental” e com o objetivo de descaracterizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira e o modelo assistencial vigente. (Brasil, 2019). No dia 11 de abril de 2019, o atual presidente da república, Jair Messias Bolsonaro, publicou o decreto 9.761, aprovando a nova Política Nacional Sobre Drogas. (Brasil, 2019). Estas são algumas das normativas que servem ao desmonte da Política Nacional de Saúde Mental e que estão na contramão da reforma psiquiátrica brasileira, sistematizadas e discutidas pelos autores Cruz, Gonçalves e Delgado (2020).

⁴ Vale destacar que quando estiver utilizando a primeira pessoa do singular no texto, estarei me remetendo as minhas experiências pessoais e profissionais. A utilização da primeira pessoa do plural está atrelada ao processo da pesquisa que foi pensado e construído em conjunto com a orientadora deste trabalho.

pequeno lote que ficava próximo à casa de meus pais, e ali este homem viveu por toda sua vida, até o seu falecimento.

Essa história da infância era intrigante, gostaria de saber sobre o que sucedera com aquele homem antes da ocorrência do homicídio, quais sinais de desorganização psíquica havia apresentado, a passagem pelo manicômio em Manaus, como havia conseguido sair e chegar novamente a Rondônia e na comunidade onde vivia. Questionava ainda como teria sido a recepção da comunidade que, segundo os relatos, a princípio teriam ficado com medo e cogitaram, inclusive, chamar a polícia, mas foram impedidos pelo meu avô paterno, que lhe cederam um terreno, conforme mencionado. Havia muitas indagações e somente após ingressar na Universidade Federal de Rondônia, para cursar Psicologia, pude entender um pouco mais desse assunto. A cada etapa de formação e de ampliação do conhecimento sobre as políticas públicas de saúde mental e sobre a loucura, fazia-me rememorar desta vivência da infância e, assim, compreender a pedra angular da reforma psiquiátrica, o cuidado em liberdade. Aquele homem nunca teve acompanhamento de nenhum Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nunca fez uso de psicotrópicos ou teve outras internações em hospitais psiquiátricos; viveu de sua forma singular por mais de 40 anos naquela comunidade. Fazia carvão vegetal para a sua subsistência, até chegar a idade necessária para se aposentar como trabalhador rural. Vale lembrar que longe de romantizar a loucura, há necessidade de atenção e cuidados das pessoas em sofrimento psíquico, visto que, em situações de crise, há a possibilidade de atentarem contra a própria vida ou de outros, como o caso relatado. Essa história real, que pairava em minha cabeça, desde a infância, somada ao conhecimento adquirido ao longo dos anos de formação acadêmica, nutre meus anseios por ampliar os conhecimentos no que tange a reforma psiquiátrica e por sua defesa, por acreditar que as diferenças podem ser aceitas e respeitadas, que a loucura pode transitar nesta sociedade tendo a liberdade como princípio fundamental do cuidado e orientada por estratégias cujo mote seja a lógica da atenção psicossocial.

Mais tarde, o intuito de propor uma pesquisa sobre este fenômeno, a loucura, parte também da minha experiência profissional como docente da Universidade Federal do Acre (UFAC), do contato com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Rio Branco e a saúde mental do município, devido ao meu trabalho como professora. Ao chegar em 2015, no estado do Acre, busquei logo entender como estava estruturada a assistência em saúde mental da capital acreana, aos poucos, percebia os avanços que obtiveram, mas também os entraves e a falta de serviços de base territorial, fundamentais para uma assistência qualificada para a

população. Cabe ressaltar que o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de porte II⁵ foi inaugurado somente no ano de 2018, pois, até então, Rio Branco era a única capital do Brasil sem este serviço⁶. Fui convidada algumas vezes para participar, ministrando módulos, de capacitações que as equipes de gestão estadual e municipal ofertavam aos profissionais de dispositivos de saúde mental. Durante estas experiências e reuniões, buscava compreender as bases da reforma psiquiátrica no referido estado, porém, essa história parecia esquecida ou pouco conhecida por parte de muitos que compõem estas equipes, fato corroborado por meio de nosso levantamento da literatura especializada no campo da saúde mental em Rio Branco, demonstrando ser uma história pouco explorada.

A experiência com os estágios supervisionados nos dispositivos de saúde mental de Rio Branco cada vez mais me aproximava deste universo e me intrigava. Embora fosse visível o alinhamento dos discursos de profissionais dos serviços e da gestão de saúde mental do município e do estado ao da reforma psiquiátrica, os serviços existentes pareciam ainda bastante frágeis e sucumbiam ante o Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac), localizado na cidade de Rio Branco. O discurso e as práticas que entravámos em contato em função dos estágios, aparentemente, não coadunavam, tanto que o hospital psiquiátrico permanece em pleno funcionamento. Além disso, o meu interesse sobre as políticas públicas de saúde e a saúde mental já existia desde a minha graduação em Psicologia, na Universidade Federal de Rondônia, onde participei de projetos interdisciplinar, que pretendiam integrar a universidade à comunidade, com a finalidade de discutir e realizar a troca de saberes no âmbito da saúde pública, por meio de experiências junto a uma parcela da população ribeirinha de Porto Velho, Rondônia.

Ao percorrer tais caminhos, deparei-me com a Coordenadora Maria Lúcia Boarini do Grupo de Estudos e Pesquisas em Higiene Mental e Eugenia (Gephe), no ano de 2013 num

⁵ Serviço substitutivo que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, regulamentada pela Portaria nº. 3.088 de 2011 do Ministério da Saúde. O CAPS II é referência no atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, bem como poderá atender pessoas que tenham necessidades de cuidados em função do uso de álcool, crack e outras drogas, a depender da organização da RAPS de cada localidade. Este serviço é indicado para cidades que possuam mais de setenta mil habitantes. É um dos serviços substitutivos que constitui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Deve atender a demanda de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, pode também atender pessoas com necessidades em função do uso de álcool, *crack* e/ou outras drogas, a depender de como estejam distribuídos os serviços da RAPS na localidade. O CAPS II é indicado para locais com população de mais de 70 mil habitantes, conforme Portaria 336/2002. (Brasil, 2002).

⁶ É importante destacar que o CAPS ad (álcool e outras drogas) foi inaugurado em Rio Branco no ano de 2002 e haviam outros serviços substitutivos nesta cidade anterior ao ano de 2018, como apresentaremos à seguir. Todavia, quando salientamos que o CAPS II Samaúma foi o primeiro a ser inaugurado na capital acreana, estamos dando ênfase a um serviço destinado para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, que anterior a inauguração deste serviço em 2018, tinham o atendimento de forma prioritária no hospital psiquiátrico, Hosmac.

evento da Associação Brasileira de Psicologia Social (Abrapso) no *campus* da Universidade Federal de Santa Catarina, onde apresentei os resultados de minha pesquisa de mestrado. Desde então, o contato com as produções do Gephe, existente desde 1998 e vinculado à UEM, faziam parte da composição de minhas aulas e meus anseios de pesquisa, podendo integrar-me a este grupo somente no ano de 2019, quando ingressei no doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

SOBRE A CORDA BAMBA DA LOUCURA E A ESPERANÇA EQUILIBRISTA

Os entrelaçamentos de experiências pessoais e profissionais nos despertaram para esta temática de pesquisa, que, ao mesmo tempo, suscitava muitas produções de cunho científico, em cenário nacional, mas que resguarda particularidades de um universo a ser desvelado, em especial quando se trata da Região Norte do país, e, neste caso, do estado do Acre. Neste sentido, realizamos esta pesquisa, cujo escopo foi conhecer e refletir sobre o lugar social da loucura em Rio Branco, Acre. Partindo do pressuposto que a sociedade compreende a loucura por meio do lugar que lhe designaram, buscamos elucidar os aspectos que compunham a história do lugar social da loucura e da reforma psiquiátrica numa região pouco conhecida e afastada de metrópoles. Tendo em vista este cenário, nossa busca reside no desvelamento do contraditório e nas condições materiais que insistem em manter a existência de um manicômio, como local prioritário de assistência em saúde mental; levantar questionamentos sobre o lugar ocupado pela loucura na sociedade acreana, por qual ótica é vista, ouvida e cuidada; dar capilaridade ao conhecimento desta história e dos rumos da reforma psiquiátrica em Rio Branco; e propiciar visibilidade às experiências diversificadas, no campo da Luta Antimanicomial, ao considerar a dimensão territorial, cultural, política, social de um país continental como o Brasil.

Elegemos a capital do estado do Acre, Rio Branco, por ser a única cidade do estado a possuir um hospital psiquiátrico, tendo sido inaugurado no final da década de 1970, exatamente quando o Brasil encontrava-se no cerne da crise da assistência centrada no modelo do hospital psiquiátrico. Período que iniciavam os primeiros movimentos de reivindicações concernentes ao cuidado e aos direitos das pessoas consideradas loucas no país, bem como as denúncias⁷

⁷ O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, no Brasil, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Em 1989, o início de um processo de intervenção, realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local que foi denunciado por maus-tratos e mortes de pacientes, intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou a necessidade de mudanças no modelo assistencial e

contra instituições de natureza manicomial. Buscava-se por redirecionamento no âmbito de assistência e cuidados, tendo em vista o cenário aviltante onde estavam inseridos os loucos. Este fato nos instigou a conhecer as condições e conjunturas que se engendraram para que Rio Branco, naquele mesmo período, estivesse distante desses acontecimentos em construção noutras regiões do Brasil. Oportuno salientar que correspondia a um período em que a informação em território nacional não circulava com tanta facilidade, sobretudo para esta região da Amazônia, com certo distanciamento geográfico e com um sistema de comunicação sem parâmetro com o da atualidade, pois as informações chegavam com maior lacuna temporal e as discussões sobre diversos temas com certo atraso. Nesta perspectiva, a história dessas primeiras incursões da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, nesta região da Amazônia Sul Ocidental, teria tido outros contornos?

Klein e Zioni (2015) salientam que, no princípio da década de 1980, o estado do Acre passava por um aumento da colonização, que impactava diretamente na organização dos serviços de saúde da região, principalmente, em relação ao controle de doenças endêmicas, como a malária. Portanto, não era incomum o estabelecimento de diferentes profissionais em território acreano nas décadas de 1980 e 1990 em virtude deste fluxo migratório. A história, qualquer que seja, não é a somatória de pessoas, mas é construída no processo coletivo com destaque de algumas pessoas que habitualmente denominamos de “pioneiros”. Assim, em 1978, Ângela Maria Pinheiro Haddad Figueiredo⁸ foi a 1ª representante extraoficial do Conselho Regional de Psicologia (CRP) sendo a primeira psicóloga a estabelecer-se em Rio Branco (Pessoa, Oliveira, Piccoli, Yano & Dias, 2015). De acordo com Ferreira (2006), o primeiro psiquiatra a chegar à cidade de Rio Branco foi Mohab Machado, no início da década de 1970, ao mesmo tempo em que o pavilhão denominado John Kennedy, local destinado para “acolher os loucos” foi inaugurado (Ferreira, 2006, p. 48).

Ferreira (2006) relata que a assistência psicológica até o final de 1970 era realizada por profissionais de enfermagem, que tivessem como características saber ouvir, guardar “segredos” e frequentassem a igreja, pois, naquela época, consideravam a pessoa religiosa portadora de maior capacidade de prestar assistência psicológica. Com efeito, inexistiam assistentes sociais também em território acreano e o trabalho deste âmbito era desenvolvido por um profissional de nível médio, desde que fosse uma pessoa “solidária” e tivesse disposição para resolver as questões de cunho social daquelas pessoas internadas no Pavilhão John

apontou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados com o objetivo de substituir o hospital psiquiátrico. (Brasil, 2005).

⁸ CRP- 01/639

Kennedy. A terapia ocupacional era realizada por profissionais com qualquer nível escolar desde que demonstrasse aptidão artística.

O desenho sobre a chegada dos primeiros profissionais de saúde, no âmbito da saúde mental, é importante, uma vez que nos leva ao panorama que tínhamos no campo da saúde no estado do Acre. Além da dificuldade no acesso às informações do cenário nacional das discussões em saúde e saúde mental, é preciso levar em conta a escassez de profissionais de saúde, naquele período, uma vez que muitos precisavam obter suas formações em outros estados federativos ou eram profissionais oriundos de outras regiões do país que se instalavam em terras acreanas, comumente devido a negócios familiares ou oferta de trabalho (Klein & Zioni, 2015). Esse retrato é importante para compreender as singularidades desta região e o modo como isso repercutiu nos avanços e nas dificuldades das políticas públicas de saúde e de saúde mental em Rio Branco.

Perseguindo o que nos inquietava e mobilizava para o processo da pesquisa, era mister conhecer como estava organizada a assistência em saúde mental em Rio Branco em tempos atuais, mesmo sabendo da regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental implementada por meio da Lei federal nº 10.216/2001 e da Portaria do Ministério da Saúde nº. 3.088 de 2011, vale frisar que somente no ano de 2018 foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de porte II para pessoas com transtornos mentais graves e/ou persistentes, na cidade de Rio Branco. Até aquele ano, o atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e/ou persistentes ainda se centralizava num hospital psiquiátrico, no caso, o Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac). Embora existissem alguns serviços de base territorial, como um CAPS ad III⁹ em Rio Branco e os Leitos de Saúde Mental em um hospital geral, era nítido que as demandas de crises psiquiátricas, mesmo as relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas e crises psicóticas, concentravam-se no Hosmac, configurando-se como o serviço principal para tais necessidades, o que parecia fortalecer o modelo asilar no cenário local¹⁰.

⁹ De acordo com a Portaria 3.088/2011, o CAPS ad III atende adultos ou crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões com mais de 200 mil habitantes. Tem o funcionamento de 24 horas, inclusive em feriados e finais de semana e pode contar, no máximo, com 12 leitos para monitoramento e observação. (Brasil, 2011). Em Rio Branco, foi implantado no ano de 2002 como CAPS ad II e alterado para CAPS ad III em 2013. Os primeiros serviços da RAPS em Rio Branco foram para o público em uso abusivo de álcool e outras drogas, por um significativo tempo, apenas haviam dispositivos da RAPS para este público específico, um dado que analisamos posteriormente neste trabalho quando apresentamos a análise da leitura das atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco.

¹⁰ A ênfase neste aspecto da existência de alguns serviços substitutivos é para chamar a atenção para o quanto a existência de serviços da RAPS não são o suficiente para mudança de um paradigma e de modelo assistencial, embora sejam fundamentais. Percebemos que mesmo com a implantação de alguns destes serviços, o hospital psiquiátrico permanecia punjante na capital acreana. Além disso houve atraso na implantação deste dispositivo,

Tendo como mote os diferentes e complexos aspectos que compõem a história da loucura ao longo dos séculos e por partirmos do princípio que a construção desta história ocorre na relação com a sociedade e desta com as bases materiais que as constituem, portanto, não linear, mas que carrega até os dias atuais vestígios deste passado, torna-se evidente que esta história não acontece de maneira uniforme nas diversas partes do mundo.

Nesta perspectiva, buscamos desvelar como ocorreu estes entrelaçamentos da sociedade e loucura e suas ressonâncias na capital acreana. Desta forma, retomamos a Amarante e Torre (2017) ao reiterarem que o campo da loucura não está em questão, apenas o segmento da saúde está, pois, sobretudo, atrelada às maneiras como a sociedade se relaciona com o que difere do que tenha sido eleito como padrão. Portanto, nesta linha de raciocínio vê-se a relevância de compreendermos o lugar social da loucura em diferentes localidades, uma vez que mesmo diante da universalidade de questões sociais referentes ao modelo socioeconômico vigente e, desta maneira, dos moldes da sociabilidade produzida pelo capital, temos ainda de considerar as idiosincrasias de cada localidade. Apoiando-se em Basaglia (1985) que afirmava a necessidade de “colocar a doença entre parênteses”, os autores acrescentam: “Uma sociedade excludente que não sabe lidar com a diferença foi a herança da história dos manicômios e da psiquiatria, que se esqueceu do sujeito para ocupar-se da doença” (Amarante & Torre, 2017, p. 129).

Boarini (2009) enfatizou a pertinência de estudos sobre a temática visto que os avanços na reforma psiquiátrica brasileira não ocorreram de maneira uniforme em todo o território brasileiro, pois a defesa dos princípios da reforma não é unânime, e tais evidências podem ser constatadas nas diferentes esferas do governo e em locais de debates sobre a saúde. Segundo a autora, isso não é algo que surpreende tendo em vista que a reforma psiquiátrica, no Brasil, busca o rompimento do paradigma vigente, e a própria história mostra que este nem sempre ocorre de forma harmoniosa e por meio de consensos, pelo contrário, constitui-se com processos marcados por forças contraditórias e, às vezes, conflituosas.

De acordo com Amarante (1999), a proposta de reforma psiquiátrica no Brasil, que teve como inspiração a reforma na Itália, repercute as concepções trabalhadas por Franco Basaglia, o qual na década de 1960 discorre sobre uma nova maneira de pensar a loucura e o sofrimento humano, ao colocar o sujeito como o principal e não a doença, para que não seja o paciente um mero objeto de intervenção clínica, como fez a Psiquiatria durante toda a sua história. O autor

contando que o primeiro serviço substitutivo foi inaugurado no ano de 2002. Isso demonstra a complexidade do processo da reforma psiquiátrica cenário local, que precisa ser pensado para além da implantação de serviços substitutivos.

reitera que a desinstitucionalização da loucura não busca apenas mudanças na forma de tratamento ou aperfeiçoamento científico e tecnológico de técnicas, mas tem como principal objetivo a construção de um “outro lugar social” para a loucura, diferenças, diversidade. Nesta perspectiva, demonstra-se que a questão vai além da busca por direito de cuidados às pessoas que sofrem de transtornos mentais ou por mudanças técnico-assistenciais, mas retomar o caráter de complexidade do adoecimento mental e do cuidado que por séculos foram excluídas, marginalizadas, tratadas como escórias, recebendo assistência “hospitalocêntrica” que priorizava terapêuticas violentas e degradantes. Para o autor deve-se buscar a inclusão nesta sociedade de quem não se “encaixa”, dos que divergem dos padrões estabelecidos pela ciência moderna, rompendo com a métrica que pretende uniformizar comportamentos e modos de vida. Assim, a reforma psiquiátrica perpassa por diferentes dimensões, mas o fundamental é sua compreensão como um processo social complexo, como afirmam Rotelli, Leonardis e Mauri (2019).

Para Rotelli et al. (2019), historicamente, a Psiquiatria se ocupou da loucura, enquanto objeto de estudo. Todavia, suas incursões quanto às explicações e buscas pelas causas, solução e cura, permanecem sendo apenas esforços, tendo em vista a indefinição reinante sobre a loucura, pois mesmo diante do empenho de diferentes áreas como pesquisas epidemiológicas, biológicas, psiquiatria social, dentre outros diferentes ramos do saber, as conclusões dos estudos continuam indefinidas e hipotéticas. Com efeito, os autores questionam a Psiquiatria quanto às explicações e causas da loucura, e asseguram que a cronicidade que a institucionalização desencadeia revela a ineficácia e a iatrogenia dos manicômios.

No Brasil, o ano de 1978, é identificado como o início efetivo do movimento social que lutou pelos direitos das pessoas em sofrimento mental grave e contava não só com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), mas também com trabalhadores engajados no movimento sanitário, pacientes, familiares, e associações. As pautas que os moviam eram a desconstrução da mercantilização da loucura, do saber psiquiátrico hegemônico e do modelo hospitalocêntrico que vigorava no país. A reforma psiquiátrica foi gestada neste clima que englobava a busca pela criação de um sistema de saúde com caráter universal e que fosse direito da população brasileira, num momento de anseio pela redemocratização do país. Portanto, tendo em vista a empreitada do movimento sanitário e a promulgação da Constituição Federal em 1988, resultando na garantia ao direito à saúde, deu base para o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS), não podemos deixar de mencionar alguns marcos para a reforma psiquiátrica como, por exemplo, a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986; o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, em 1987, com o lema *Por uma Sociedade sem*

Manicômios; a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, que fortaleceu a luta dos movimentos de trabalhadores, sindicalistas e da sociedade civil, que obteve conquistas significativas no campo dos direitos sociais. (Amarante, 1995; Carvalho & Yamamoto, 2002).

É inexequível pensar e entender a reforma psiquiátrica e luta antimanicomial distante ou fora dos princípios e diretrizes do SUS. Vale, portanto, reiterar que a regulamentação do SUS ocorreu por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, cujo conteúdo previa condições necessárias para a promoção, a prevenção, a regulamentação, o funcionamento e a organização dos serviços de saúde pública, explicitando os princípios e as diretrizes do SUS, como medulares para a gestão. Por sua vez, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabeleceu providências sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre o financiamento e as transferências intergovernamentais. Neste sentido, os princípios de universalidade, equidade, integralidade e os princípios organizativos como regionalização e hierarquização dos serviços, descentralização de responsabilidades entre os três níveis de governo, federal, estadual, municipal e a participação popular são os eixos que organizam e caracterizam o SUS (Brasil, 1990).

Em meio às mudanças no sistema de saúde e a conquista do SUS, em 1989, o projeto de lei do parlamentar Paulo Delgado (PT/MG), que propôs a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no país, adormeceu por aproximadamente 12 anos no Congresso Nacional até a sua aprovação (Hirdes, 2009). Percebe-se, assim, demora significativa em se aprovar uma legislação brasileira direcionada às pessoas em sofrimento psíquico, aprovada somente em 2001¹¹, após 11 anos do Brasil assinar, junto com outros países da América Latina, a Declaração de Caracas¹². É notório que a reforma psiquiátrica e luta antimanicomial alcançaram conquistas e expressivos avanços quanto aos direitos e à reorientação na assistência à saúde da população em sofrimento psíquico, no âmbito do SUS (Amarante & Nunes, 2018). Estes movimentos no âmbito da saúde foram fundamentais para a construção do modelo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), assegurada pela Portaria Ministerial nº. 3.088 de 2011. Considerando tais avanços legislativos

¹¹ Referimo-nos aqui à Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, haja vista que o projeto de lei foi proposto pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG), em 1989, cuja orientação propunha a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos. Contudo, somente após modificações em seu texto foi aprovada, mas condicionada às alterações. Sobre estas modificações, houve nova orientação sobre a extinção dos hospitais psiquiátricos, ou melhor, não tendo a explicitação e recomendações sobre tal extinção (Delgado, 2011).

¹² Conferência realizada em Caracas, na Venezuela, em 1990, que teve como objetivo propor a reestruturação dos cuidados às pessoas com transtornos mentais, na América Latina, com vistas a promover o respeito aos direitos humanos e civis destas pessoas (OPAS, 1990).

e de direitos, verificamos como se encontra este retrato das políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas, no Brasil.

Em razão da falta de informações por parte do Ministério da Saúde a respeito de serviços e assistência em saúde mental, desde 2015, ano de sua última divulgação de dados oficiais, o Desinstitute¹³ (2021) publicou os dados sobre as políticas de saúde mental no Brasil, realizando um levantamento desde o ano de 2015, período em que o Ministério da Saúde deixou de divulgar os dados oficiais. Foi nomeado tal levantamento como *Painel Saúde Mental: 20 anos da lei 10.2016/01*.

De acordo com o Desinstitute (2021), houve estabilização, ou seja, nem aumento ou diminuição expressiva nos investimentos em políticas de saúde mental, álcool e outras drogas, no que concerne às estratégias de cunho territorial e comunitário. Por outro lado, foi identificado que desde o ano de 2017 houve um gradativo crescimento dos investimentos em assistência hospitalar. Destacou-se ainda que esta inversão dos gastos diz respeito à nova estrutura estabelecida pela nova política de saúde mental, álcool e outras drogas, conforme denominação do governo, discutida e estabelecida pela Nota Técnica nº. 11 de 2019¹⁴, que reitera a Resolução nº. 32 de 14 de dezembro de 2017 e a Portaria nº. 3.588 de 21 de dezembro de 2017, que alteraram os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, inclusive colocando o hospital psiquiátrico como parte dessa rede de atenção.

Estas mudanças subsidiaram e, por conseguinte, motivaram a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e o acolhimento em comunidades terapêuticas¹⁵, as quais também

¹³ O Desinstitute é uma organização da sociedade civil sem fins lucrativos. Fundado em 2020, tem como objetivo a produção de conhecimento científico e a publicação destes dados que visam o monitoramento e a análise de políticas públicas, trabalhando pela defesa do SUS e pela garantia de Direitos Humanos a todas as pessoas. Sobre o *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.2016/01*, trabalhou em parceria com o Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), o qual tem como principal finalidade desenvolver estudos e pesquisas sobre o desenvolvimento e a ampliação do conhecimento e articulações da política pública de saúde mental.

¹⁴ Esta nota técnica obteve diversas notas de repúdios de diferentes instituições e entidades representativas no campo da saúde mental em razão de propostas que descaracterizam a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica brasileira e propõe mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

¹⁵ Conforme o Desinstitute (2021), as comunidades terapêuticas (CTs) recebem financiamento do setor de Justiça desde 2010, via Fundo Nacional Antidrogas (Funad). No ano de 2018, as comunidades terapêuticas receberam mais de R\$124 milhões. Vale ressaltar que essas instituições já entravam como parte da RAPS desde a Portaria 3.088 de 2011, embora não estivesse com função bem definida. Com a Nota Técnica nº 11 de 2019, essas instituições tornam-se centrais para o acolhimento de pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, tendo como orientação de cuidado a abstinência e descartando toda construção de estratégias embasadas na redução de danos. O financiamento dessas instituições cresceu exponencialmente ao longo dos anos. Com a “Nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD)”, sancionada pelo Decreto nº. 9.761 de 11 de abril de 2019, vale enfatizar que a PNAD, na ocasião, passa então a ser da pasta do Ministério da Cidadania e não mais do Ministério da Saúde, o qual possui critérios mais bem definidos para o repasse de verbas e tem em sua estrutura organizativa o controle social como forma de fiscalizar e acompanhar tais repasses. O Ministério da Cidadania, responsável pela

passariam a receber financiamento do Ministério da Saúde e foram colocadas por esta “Nova” política, na centralidade da assistência no que tange ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Neste sentido, percebemos nitidamente que esta “Nova Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas”, visa o desmonte dos princípios da reforma psiquiátrica brasileira e as conquistas que pareciam, de certa forma, consolidadas. Amarante e Nunes (2018, p. 2073) reiteram que o SUS e a reforma psiquiátrica são alvos de significativos retrocessos e que as mudanças impostas neste contexto político e econômico, “... praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da RP brasileira”.

De acordo com a publicação do *Saúde Mental em Dados* (Brasil, 2015), a Região Norte do país apresentava o pior índice de cobertura de CAPS/100 mil habitantes, os quais justificavam este déficit em razão da extensão territorial, da baixa densidade populacional, das dificuldades de acesso à região e da diversidade étnico-cultural, vistos como desafios para implantação dos serviços e o acesso da população a estes dispositivos de saúde. Os recursos financeiros entre os anos de 2002 e 2013 eram exponencialmente maiores para a rede substitutiva de cuidados de base territorial e comunitária em face das verbas destinadas à assistência hospitalar. Entre os anos de 2002 e 2014, houve redução dos leitos em hospitais psiquiátricos financiados pelo SUS, de aproximadamente 55%.

Segundo o levantamento realizado pelo Desinstitute (2021), o estado do Acre, no ano de 2021, contava com sete Centros de Atenção Psicossocial, sendo cinco de porte I, um de porte II e um CAPS ad III, apontando que houve ampliação no que tange à implantação deste serviço. Todavia, é reiterado que o estado do Acre não conta com nenhum CAPS i (infantojuvenil), em seu território e nenhum Serviço de Residência Terapêutica. Apesar de apresentar aumento quanto à implantação de CAPS no estado do Acre, os dados em outras regiões e cidades do Brasil demonstram desaceleração destas implantações entre os anos de 2017 e 2018, período em que houve recorrentes publicações de normativas que alteraram as formas de financiamento e da estruturação da RAPS. Os ataques e o desmantelamento que a política de saúde mental, álcool e outras drogas tem sofrido nos últimos anos é uma realidade. Além disso, não podemos deixar de mencionar que a Emenda Constitucional 95/2016, que estabeleceu o congelamento de investimentos na saúde por 20 anos, o que somado aos constantes vitupérios, em face da

coordenação da PNAD, comunicou uma reserva via Funad de aproximadamente R\$300 milhões para as CTs no ano de 2020, conforme o levantamento do Desinstitute (2021).

Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, corrobora para o esfacelamento real desta política.

É inegável que o louco carece de cuidados. A Lei nº 10.2016/2001 que tem em sua concepção o cuidado em território, tem a liberdade como primazia destes cuidados, dada a existência material de forma complexa e, portanto, devendo ser articulada com diferentes redes, ao envolver diversos dispositivos das políticas públicas de saúde e de outros setores, deve ser defendida e implementada, sempre à luz dos princípios da reforma psiquiátrica (Brasil, 2001). Sabe-se que, secularmente, no Brasil, as questões referentes à loucura e à saúde mental estão imersas na lógica da Psiquiatria, ao menos mais sistematicamente desde o século XIX. O paradigma psiquiátrico, desde o seu primórdio, esteve imbuído em promover a cura e o tratamento, também se ocupou em fazer erigir as nosografias em detrimento da pessoa diagnosticada louca. Sob essa premissa, o saber psiquiátrico designou o lugar da loucura na sociedade, o manicômio. A loucura recebe o lugar da exclusão, marginalização, da periculosidade, do indesejável, do diferente, do evitável. (Basaglia, 1985; Foucault, 1961/2005). Os manicômios não apenas permanecem como o lugar destinado à loucura, mas são fortalecidos, mais recentemente, pelo conjunto de normativas publicado desde o ano de 2016 no Brasil; estas alterações são o aporte para a manutenção destas instituições que se fortalecem e, assim, robustecem as concepções manicomiais de assistência. Acrescentam ainda a este nicho de instituições asilares as comunidades terapêuticas (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020). Esta configuração para nós, que perfilhamos pelo cuidado em saúde mental sedimentados nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, consiste num verdadeiro retrocesso e definhamento dos direitos conquistados.

Amarante (2007) enfatiza a complexidade do campo da saúde mental, que se configura como sociopolítico e dinâmico, atravessado por diferentes saberes. Diante deste enredamento é notória a dificuldade de se admitir a loucura, entre nós, no cotidiano, nas casas, nas famílias, nas ruas. A reforma psiquiátrica brasileira realiza uma verdadeira crítica à ciência positivista¹⁶, ao alienismo que engendrou a loucura, partindo de explicações moralistas e, por vezes, pelo viés biologicista. Desse modo, enquanto existirem hospitais psiquiátricos será sempre um debate atual a se desdobrar em significativas reflexões.

Ante este cenário apresentado e dadas as condições no que tange ao âmbito da saúde mental em Rio Branco, surgiram, nesta aproximação com a temática de pesquisa, as seguintes indagações: Quem foram e são as pessoas consideradas loucas em Rio Branco? Sob quais

¹⁶ O autor entende neste contexto a ciência positivista, como uma ciência de saber neutro, baseada primordialmente em métodos experimentais, a qual busca uma verdade absoluta, universal e inquestionável. (Amarante, 2007).

condições e concepções são debatidos os temas relacionados à saúde mental pelo controle social de Rio Branco? De que modo foram e são divulgadas matérias e informações sobre a loucura e/ou saúde mental pelos veículos midiáticos?

Diante desses questionamentos foi fundamental a realização de uma revisão bibliográfica sobre as produções científicas no que se refere ao fenômeno estudado. É sabido que muitos trabalhos têm sido produzidos no que se refere à loucura, saúde mental e reforma psiquiátrica, no Brasil. Contudo, realizamos o levantamento sobre a produção científica no que concerne tais temáticas na Região Norte do Brasil. Embora não exaustivo, a revisão bibliográfica sobre o lugar social da loucura configurava-se como importante para que pudéssemos conhecer sobre o como e a partir de quais concepções estavam estabelecidos esses estudos. Para este intento, utilizamos os seguintes descritores relacionados com o termo Região Norte do Brasil ou buscamos pelos estados federativos da região: loucura, louco, reforma psiquiátrica, saúde mental. Identificamos estudos voltados para a avaliação de serviços substitutivos e história e/ou avaliação dos modelos assistenciais manicomial¹⁷; pesquisas sobre o olhar de profissionais e usuários sobre a saúde mental e o nível de satisfação destes com os serviços de assistência à saúde mental¹⁸; sobre suicídio e depressão¹⁹; pesquisas relacionadas ao uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas²⁰; o cuidador e a família na saúde mental²¹; estudos sobre a situação de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais em cumprimento de medidas de segurança²²; internações involuntárias e compulsórias em hospital psiquiátrico²³; processos de trabalho na RAPS²⁴.

O resultado dessas pesquisas desvela questões importantes que, por vezes, assemelham-se devido ao fato de todas terem sido desenvolvidas no contexto amazônico e, por outro lado, apontam as singularidades de cada localidade onde foram desenvolvidas. Alguns destes trabalhos versam sobre a reforma psiquiátrica e as primeiras incursões nesta região do país, bem como apresentam lacunas, dificuldades que permearam a implantação e o fortalecimento, em

¹⁷ Spolidoro, (2008); Lopes Neto, Vieira, Arruda & Farina, (2009); Pereira, (2010); Becker, Martini, Bousfield & Coêlho, (2017); Bosque, (2017); Rodrigues, (2018); Marques, (2018);

¹⁸ Luz, (2011); Rodrigues, (2013); Miranda, Souza & Ferreira, (2014); Cardoso, Oliveira & Piani, (2016); Batista, Ferreira & Silva Batista, (2018);

¹⁹ Azevedo, (2009); Ferreira, Pessoa, Barros, Figueiredo & Minayo, (2014); Fernandes, Ferreira & Castro, (2016); Campos & Feitosa, (2017); Vilas Boas, (2018); Oliva, (2018); Vilas Boas, Monteiro, Silva & Meneguetti, (2019);

²⁰ Moretti-Pires & Corradi-Webster, (2011); Viana, Cedaro & Ott, (2012); Czapski & Lopes, (2016); Souza, Leal & Nascimento, (2017); Sá, (2017);

²¹ Pereira, (2011); Batista, (2015); Batista, Ferreira & Silva Batista, (2017); Gomes, Silva & Batista, (2018); Carvalho, (2018);

²² Brum, (2015); Costa, (2015); Silva, (2015); Rodrigues, (2017);

²³ Matos & Almeida, (2017); Pena, (2017);

²⁴ Silva & Oliveira, (2012); Nascimento, (2015); Silva, (2016).

seus territórios, ou seja, componentes que demarcam o lugar social da loucura, principal escopo do presente estudo.

No estado do Acre, há escassa produção científica na perspectiva que buscávamos, sendo a literatura especializada voltada para algum recorte do campo da saúde mental²⁵, como suicídio, satisfação de pacientes e familiares usuários do Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac), desinstitucionalização, mídia e saúde mental. Pesquisas sob a ótica teórica da historicidade foram exíguas, sendo boa parte de caráter descritiva. Convém destacar o trabalho de Ferreira (2006) que versa sobre como o louco era visto e cuidado, em território acreano e dar as primeiras pinceladas a respeito da reforma psiquiátrica no estado do Acre. Portanto, apresentaremos alguns estudos desenvolvidos em estados da região Norte do Brasil, mais detidamente àqueles que, de certa forma, adotaram em seu processo de pesquisa a perspectiva da historicidade.

A partir de sua experiência pessoal como enfermeira em algumas das instituições que naquele período, entre 1960 e 1980, Ferreira (2006) relatou que eram admitidos os loucos para o que denominavam de tratamento. O trabalho é cunhado numa perspectiva descritiva e de relato de experiência e não realiza uma análise das interfaces da loucura e das primeiras incursões da reforma psiquiátrica no estado, tampouco teve a pretensão de explicar ou tecer críticas às bases das práticas de cuidado no período analisado.

Por sua vez, a pesquisa empreendida por Navarro (2015) teve como foco analisar historicamente como ocorreu a estruturação da política de saúde mental no estado do Amazonas, com o recorte da capital Manaus, tendo como ponto de partida a reforma psiquiátrica e os primeiros passos nesta cidade. A autora em seu trabalho passeia pelo processo da reforma no Brasil, até chegar às legislações e portarias de regulamentação dos serviços substitutivos. Discorre também sobre o processo da reforma iniciada na década de 1970, em Manaus, bem como a situação dos hospitais psiquiátricos neste período. Enfatiza que o Estado do Amazonas possui uma lei estadual de saúde mental, a Lei nº 3.177 de 2007, mas avalia que o sancionamento da lei não garantiu efetividade na implantação de serviços substitutivos que se encontra em número insuficiente para a atenção e o cuidado da população de Manaus. Evidencia que o processo da reforma esbarrou em constantes conflitos entre os atores (neste

²⁵ Ferreira, (2006); Alves & Silveira (2011); Miranda, Souza & Ferreira, 2014; Correia, Batista & Lofego (2018); Vilas Boas (2018); Vilas Boas, Monteiro, Silva & Meneguetti (2019).

caso, principalmente, os trabalhadores) da saúde mental e a gestão da política, impedindo sua efetivação em território amazonense.

No Estado do Pará, o trabalho de Mota (2012) teve como intuito compreender o modelo de assistência entre os anos de 2007 e 2010, discorrendo como se encontrava a política e sob quais bases estavam assentados os serviços substitutivos, se manicomial ou sob os princípios da reforma psiquiátrica. A autora retratou em seu processo de investigação as particularidades da reforma psiquiátrica, no mundo, na América Latina, no Brasil e os primeiros passos no Estado do Pará; enfatizou a saúde mental no Brasil no contexto do SUS. Em relação às políticas públicas de saúde mental no Estado do Pará, a fim de conhecer os avanços ou retrocessos e as dificuldades de implantação da política, utilizou como fonte de análise os relatórios de gestão da Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do período eleito para investigação. Dos resultados, indicou um aumento expressivo dos serviços substitutivos, mas com efetividade questionada tanto pelos gestores, quanto pelos trabalhadores que compõem a liga da luta antimanicomial daquele território federativo. Retratou a ampliação por meio de ouvidorias, capacitações e outros canais de comunicação entre os diversos atores da saúde mental. Identificou o que nomeou de problemas estruturais justificados pelo momento político-econômico do país, com o alargamento da desigualdade social, a negação de direitos socioeconômicos, culturais e ambientais.

Andrade (2013) teve como enfoque de pesquisa a descrição das RAPS de Porto Velho, capital do estado de Rondônia, e também sobre a atuação dos psicólogos nesta rede. Abordou os serviços existentes e os problemas enfrentados por estes serviços; ressaltou a falta de importantes dispositivos como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), CAPS III, Consultório na Rua, a pouca ou praticamente nenhuma interlocução entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com os CAPS e, conseqüentemente, a fragilidade da Rede de Atenção Primária no que tange aos casos de saúde mental. Destacou o fluxo inadequado dos atendimentos nos casos de crises, de um hospital de urgência e emergência, em Porto Velho, e trouxe à tona o funcionamento inadequado de uma ala psiquiátrica, pois assim é nomeada, em um hospital geral dessa capital, tendo sido motivo de denúncias junto ao Ministério Público e na Comissão dos Direitos Humanos das Ordens dos Advogados do Brasil (OAB-RO) em face das práticas desumanas realizadas com pessoas com transtornos mentais naquele local.

Nascimento (2014) entrevistou pacientes institucionalizados na ala psiquiátrica do Hospital de Base, um hospital geral de Porto Velho, e buscou compreender o significado de estar institucionalizado. Na pesquisa abordou aspectos relacionados ao entendimento dos transtornos mentais, como os pacientes o entendem, questões relativas à autonomia, ou melhor,

a perda dela neste ambiente, o abandono familiar, o hospital como prisão. Neste sentido, demonstrou a falta de serviços substitutivos fundamentais para efetivação da reforma psiquiátrica como os SRTs e elencou as falhas na RAPS do município, o que reflete no alto número de internações e, principalmente, reinternações em tal ala psiquiátrica.

Embora não extenuante, na breve explanação do cenário das políticas públicas de saúde mental no Brasil, vislumbramos a possibilidade de descortinar alguns paradoxos, contradições sociais e os entrelaçamentos da ordem social que designa o lugar da loucura em Rio Branco. Partimos do pressuposto que nenhum campo do saber é gestado, apenas com o que há de novo, mas carrega, sobretudo, em sua tessitura, reflexos de sua história e seus contrassensos. Nesta perspectiva, a compreensão e constituição da leitura do fenômeno desta pesquisa decorreu dos princípios da reforma psiquiátrica no Brasil, assim como a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, considerando seus marcos legislativos, uma vez que localizamos a loucura no bojo das políticas públicas de saúde e sob o prisma da atenção psicossocial. Além desta introdução, delineamos este trabalho em quatro partes.

A primeira parte que intitulamos *No Varadouro da História: o Estado do Acre e a organização dos serviços de saúde* refere-se à contextualização do lócus de pesquisa, a qual perpassa, de modo sucinto, o processo de formação histórica do referido estado entrelaçando com o desenvolvimento da saúde pública neste território. A segunda parte: *O Percurso da Pesquisa: entre textos e contextos*, descrevemos o processo da pesquisa e seus aspectos metodológicos. Abordamos as razões que nos levaram a delinear a pesquisa na capital acreana; realizamos a apresentação da RAPS de Rio Branco/AC; o tipo de pesquisa; a apresentação das fontes de dados; os entraves da pesquisa de campo e os percalços encontrados para a obtenção dos dados; finalizando esta seção, explicitamos sobre a organização e discussão dos resultados obtidos.

Na terceira parte trazemos os resultados e as respectivas análises da pesquisa, os quais estão subdivididos pelas categorias documentais, com os seguintes títulos: *As Representações Discursivas na Mídia Rio-Branquense Sobre a Loucura; O Controle Social no Município de Rio Branco, Acre: a Loucura nas Atas de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde; O Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac): a loucura entre muros*. Apresentamos os resultados e as respectivas análises à luz das concepções de mundo e sociedade pela ótica da historicidade, dados a dinamicidade e os contraditórios dessa estrutura social capitalista e seus rebatimentos quanto a esta sociabilidade.

Esta leitura e análise reportam a intocável persistência do Hosmac como o lugar da loucura em Rio Branco, assim como dispositivo assistencial, primordial, para a população com

diagnóstico de transtornos mentais e/ou por transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas.

À guisa de considerações finais, reforçamos a nossa tese de que este lugar social da loucura, em Rio Branco, esteve entrelaçado pelos enfeixes manicomiais que são uma construção histórica, sociopolítica e econômica, apresentando o louco como figura perigosa e improdutivo. Dessa forma, destinando-lhe como lugar o manicômio e outras instituições asilares, como as comunidades terapêuticas e manicômio judiciário (ou como nomeado, pavilhão de saúde mental), uma lógica que teima em persistir. Com a finalidade de descortinar os meandros do que compõe o lugar social da loucura, realizar a capilarização do conhecimento construído sobre este retrato da loucura e da reforma psiquiátrica, nesta capital brasileira, bem como elucidar processos sócio-históricos presentes na produção e reprodução da loucura e sua forma de assistência e cuidado em saúde mental. Buscamos ainda suscitar reflexões sobre os limites enfrentados para transformar a lógica de cuidados e os desafios para que se estabeleça uma Rede de Atenção Psicossocial efetiva e resolutiva e, desse modo, construir outro lugar social para a loucura, que não seja de exclusão, inutilidade, periculosidade e estigmas.

Figura 2

*Ventania no Seringal*²⁶. Pintura de Ivanilson Sousa.



Acervo do próprio artista.

²⁶ A descrição dessa pintura feita por Ivanilson Sousa tem referência ao trabalho de outro participante do Centro de Convivência e Cultura Arte de Ser. Foi inspirado por lembranças de infância quando passava alguns dias no seringal dos avós em período de friagem, e dormia junto da mãe e avó como forma de aconchego e para se aquecerem do frio.

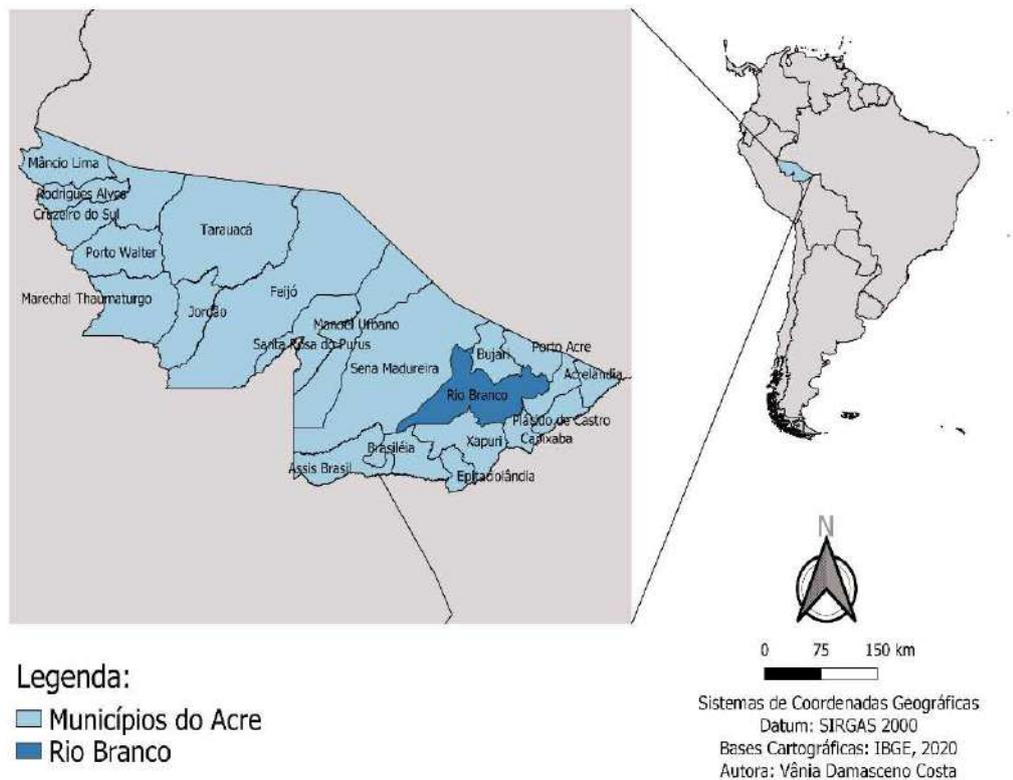
1 NO VARADOURO DA HISTÓRIA: O ESTADO DO ACRE E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O Acre situa-se na Região Norte do Brasil e faz fronteiras com os estados de Rondônia e Amazonas, e com os países da Bolívia e do Peru, localizado na Amazônia Sul Ocidental. O estado é dividido em 22 municípios, os quais totalizam 906.876 habitantes. Rio Branco, a capital acreana, conta com uma população estimada de 419.452 mil pessoas, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2021). Ainda segundo estes dados, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,663, verificado em 2010, e localizava-se em 21º lugar dentre as 27 unidades federativas do país.

O Acre foi comprado da Bolívia, após constantes lutas para integrar-se ao território brasileiro, pelo valor de dois milhões de libras esterlinas em 1903, por meio do Tratado de Petrópolis, história comumente retratada como uma verdadeira epopeia, mas, na verdade, carrega a marca da exploração e colonização. Só se eleva à categoria de estado da federação brasileira em 1962. A cidade de Rio Branco teve origem a partir do Seringal²⁷ Empresa, por iniciativa do cearense Neutel Newton Maia em 1882, à margem esquerda do Rio Acre, atualmente a capital (Bezerra, 2006). Para melhor visualização do local de pesquisa, verifiquem o mapa do estado do Acre e a capital Rio Branco que está sombreada em cor azul escuro:

²⁷ “Nessa perspectiva, a Amazônia acreana é compreendida e inserida como parte da história somente a partir da economia gumífera, cujos empreendimentos foram motivados e articulados em torno dos interesses das indústrias internacionais por uma matéria-prima oriunda das florestas amazônicas: a borracha ‘fabricada’ a partir do corte (extração), coleta e defumação ou prensa do leite da seringueira (*hevea brasiliensis*).” (Albuquerque, 2015, p. 12). Os seringais correspondem aos locais de plantação ou à existência do maior número de seringueiras, usualmente povoado por seringueiros, soldados da borracha, como ficaram conhecidos no período da Segunda Guerra Mundial.

Figura 3
 Mapa do Estado do Acre



Elaborado pela autora

Albuquerque (2015) reitera que a Amazônia foi descrita como um deserto por diferentes viajantes em seus relatórios de viagens e documentos de demarcação geográfica, e esta ideia persiste em escritos atuais. História marcada também pelas crises diplomáticas com a Bolívia a qual necessitava de uma saída para o mar e buscava isso por meio da navegação nos rios amazônicos, foram frequentes as disputas com o país vizinho em relação à demarcação das fronteiras. O autor reitera a importância dos rios e figuravam nos escritos a urgência de torná-los navegáveis como maneira de chegar aos mais diferentes lugares que compõem esta região.

Outro aspecto bastante enfatizado por Albuquerque (2015, p. 5), é o olhar do estrangeiro em relação aos povos locais, “... especialmente, na forma de ver o índio ou outros grupos de homens da floresta e das cidades como ‘coitados’, ‘decaídos’, ‘farrapos’, ‘sem destino’, ‘molambos’, ‘vítimas do próprio egoísmo e da natureza hostil’...” De acordo com Tavares Bastos (1975, citado por Albuquerque, 2015)²⁸ não haveria êxodo na “domesticação” dos índios por meio da catequização da Igreja, pois não acreditava que esta tivesse capacidade de lhes

²⁸ Tavares Bastos, Aureliano Cândido. (1975). *O vale do Amazonas: a livre navegação do Amazonas, estatística, produção, comércio, questões fiscais do vale do Amazonas*. 3ª ed. São Paulo: Cia Editora Nacional.

ensinar técnicas de agricultura e indústria. Para o autor, a civilização dos índios, apenas, ocorreria caso houvesse sua miscigenação e para tal seria necessário o “cruzamento das raças” com os europeus. Esse seria um aspecto fundamental para o desenvolvimento da região por meio das navegações dos rios e do “treino” dos índios para o trabalho assalariado.

Euclides da Cunha (1967, citado por Albuquerque, 2015)²⁹, também reforça a visão de uma Amazônia solitária, longínqua e decadente, inclusive, enfatiza o estereótipo do índio como preguiçoso extensivo a todos que habitavam este rincão. Segundo Albuquerque (2015), a ótica do viajante explorador era sempre de que eram necessários a civilização e o progresso, única forma para a Amazônia ser integrada ao restante do país. O pesquisador se refere a Euclides da Cunha como alguém inspirado pelas ideias darwinistas³⁰ e, por isso, era defensor veemente da necessidade de misturar “essa gente” do Vale do Purus, rio pelo qual navegou na região acreana. Caso não aderisse a esse projeto, seria um povo fadado ao fracasso e ao isolamento, comparando este povo aos próprios rios aos quais classificavam como “solitário” e “abandonado”. Albuquerque (2015) enfatiza que os autores anteriormente citados construíram uma história da Amazônia e do Acre que não só influenciou como continua a influenciar pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento, ou seja, uma escrita sempre pautada pela perspectiva de um progresso imperativo como desenvolvimento e, desse modo, ser chancelada a sua integração ao Brasil e ao restante do mundo.

Esta história resguarda importantes revelações das condições materiais e de existência desta população que carrega em sua biografia a construção de uma perspectiva na qual a Amazônia para ser integrada ao restante do Brasil teria de se desenvolver nos moldes do estrangeiro, caso contrário, estaria destinada ao fracasso do isolamento geográfico e social. Ao considerar nosso objetivo de pesquisa e os contornos da temática a ser desvelada, entendemos ser necessário que a compreensão da organização dos serviços de saúde, levando em conta a elevação de território para estado do Acre, tendo em vista as lacunas temporais de nosso estudo. Isso é relevante para tecermos reflexões sobre as políticas de saúde mental e o lugar social da loucura em terras acreanas. É mister apontar que ao deixar de ser território e tornar-se estado

²⁹ Euclides, da Cunha. (1967). *À margem da história*. Portugal/Lisboa: Editora Lello Brasileira.

³⁰ De acordo com Boarini (2003), a teoria evolucionista de Robert Charles Darwin, foi fundamental para o desenvolvimento da biologia moderna e marcou os rumos da ciência e sociedade. Considerando, os estudos darwinistas, algumas correntes científicas conservadoras, pautadas pelo ideário de que os mais adaptados, portanto, “os mais fortes”, “mais inteligentes”, seriam os que deveriam integrar uma raça forte. Vale salientar que teoria darwinista não se propôs a isso em sua origem. Seguindo esta concepção de melhoramento da raça, desta maneira a sociedade deveria ser composta pelos mais ajustados, a adoção deste pensamento serviu para explicar “o comportamento da sociedade humana em uma transposição mecânica e linear de uma concepção natural-biológica”(p.25).

da federação brasileira, o Acre altera o seu papel na relação com as instâncias federais, com o fito de deixar de ser apenas uma extensão das decisões da União. Embora o recorte deste trabalho seja de um período no qual o Acre já havia se tornado um estado federativo, ao buscar conhecer sobre os serviços de saúde e acometimentos no âmbito da saúde, o levantamento de literatura revela mais estudos sobre o tema no período de 1904 a 1930, quando ainda era designado como Território Federal. Há uma carência de estudos relacionados à saúde pública, implantação do SUS, no estado do Acre, sendo assim, os trabalhos do pesquisador Estanislau Paulo Klein se destacam. Também vale explicitarmos que para compreensão deste delineamento do que seja a saúde pública no Acre, cabe o retorno mesmo que, brevemente aos aspectos que compõem a história de formação do estado do Acre.

De acordo com Klein (2010), no período da mudança de território para estado, o Acre tinha serviços de saúde limitados em função de dificuldades econômicas e financeiras do então nomeado estado do Acre, em 1962. Situações de abandono, busca por tratamentos em outros estados federativos, a população grassada por impaludismo (malária), tuberculose, e pela situação de pobreza. Neste contexto, o primeiro governador do estado do Acre, José Augusto de Araújo, considerou a saúde como uma pauta fundamental e, por extensão, a necessidade de melhor organização dos serviços e com assistência gratuita. Nesse governo, diversos convênios foram firmados entre este e o Ministério da Saúde, principalmente com o objetivo de combater endemias rurais, como a febre amarela e ancilostomose. Portanto, o funcionamento dos serviços de saúde estavam ancorados nos recursos federais.

Quanto a esta representação do Acre e as questões de saúde envolvidas, Silva (2020) e Bezerra (2006) nos retratam a região como permeada por pestes, insalubres e mortais, concepções veiculadas pelos relatórios de viajantes no início do século XX, que transcende o tempo e faz eco em dias atuais. A região seria marcada pelo seu potencial adoeedor fosse pelas doenças endêmicas, pelo clima local, pela má alimentação devido ao fato de muitos produtos chegarem à região já estragados em razão dos longos dias de viagem ou pelo uso excessivo de álcool pelos seringueiros; e, neste bojo, havia a falta de medicamentos. Neste cenário, Souza (2014) menciona a busca pela população por formas de cuidado e cura que não estavam embasadas em saberes oficiais e científicos, mas lançavam mão de saberes populares como os de pajés, padres, benzedeiros, justamente pelas dificuldades de estruturação de serviços de saúde pelo poder público. A título de exemplo, somente em 1923 instaurou-se o primeiro serviço hospitalar em Rio Branco (Klein, 2010).

Para compreensão desse contexto, é interessante que retornemos à história, especialmente no início do século XX, período em que a situação sanitária do vale do

Amazonas, para o governo federal, contribuía para a crise da empresa gumífera. A preocupação com a baixa na produção da borracha em virtude da crescente produção na Malásia e a consequente perda do monopólio; situação que, para os representantes governamentais, era agravada pelos quadros mórbidos da região. Isto dificultava as políticas para atrair mão de obra, levando-os a realizarem ações voltadas para o atendimento médico-hospitalar, distribuição de medicamentos e orientações de higiene e profilaxia, para os trabalhadores dos seringais e pessoas que haviam chegado recentemente neste recanto amazônico. Obviamente, as medidas tinham relação com o desejo de obter mais rendimento desta população na produção da borracha, fazendo jus ao *slogan* “sanear para produzir”. O escopo de exploração da região era notório, inclusive, utilizando o excedente para investimentos em outras regiões do país, especialmente nas do eixo da economia cafeeira (Bezerra, 2006).

Neste ínterim, realizaram-se as expedições do Instituto Oswaldo Cruz ao vale do Amazonas³¹ entre os anos de 1912 e 1913. A primeira expedição contratada pela Superintendência da Defesa da Borracha, uma instituição do governo federal, tendo sido realizada por uma equipe de médicos e resultou em um relatório no qual constava informações sobre as condições sanitárias da região, alimentação, organização urbana e os seringais. Este documento teve repercussão nacional, tendo sido visto como um dos grandes feitos do médico Oswaldo Cruz e equipe, por se tratar de uma região longínqua, desconhecida, insalubre, perigosa e misteriosa, como diziam os jornais de circulação nacional. As expedições tinham como objetivo contribuir para a propaganda federal que tinha como objetivo mostrar a região como de grande potencial e, assim, angariar mão de obra, como também alavancar o comércio da borracha no cenário europeu (Souza, 2014).

Souza (2014) reitera que parte da assistência em saúde no território acreano era mantida por recursos provenientes de quotas lotéricas e filantropia, período em que a comunicação das necessidades do território acreano era enviada por meio de relatórios administrativos semestrais dos prefeitos dos departamentos³² e do governo do território para o Ministério da Justiça e

³¹ Cabe destacar que nestas expedições, Oswaldo Cruz também contava em sua equipe com o inspetor sanitário Belisário Penna, que argumentava que as dificuldades enfrentadas em diversas regiões do país não estavam assentadas apenas na precariedade do campo da saúde, mas também na ordem da educação. Neste sentido, acreditava que a presença do Estado por “meio de programas de higiene e educação cívica, traria o progresso desejado”, deixando evidente sua adesão aos ideários higienistas, da época, bem como outros políticos e intelectuais da época (Castro-Santos & Figueiredo, 2012, p. 848).

³² Conforme Souza (2014), a organização administrativa do Território Federal do Acre ocorreu pela divisão em três departamentos: Alto Juruá, Alto Purus e Alto Acre; e, para cada departamento, o governo federal nomeou um prefeito e uma equipe do judiciário, sendo a maioria dos chefes do Executivo, militares de carreira com formação superior.

Negócios Interiores. Em relação às informações de saúde e doenças no território acreano, além dos relatórios dos departamentos governamentais, havia os jornais impressos.

Essas expedições e os discursos divulgados em jornais da época contribuíram para a construção e o reforço de estereótipos sobre a região acreana em território nacional. Pairava naquela época e nos dias atuais ainda repercutem estereótipos que foram fomentados no início do século XX, como a expressão popular “Ir para o Acre” como sinônimo de “morrer” (Neves, 2011). Não sem fundamento estes estereótipos tinham base neste retrato de uma região endêmica, insalubre e longínqua, disseminado na mídia nacional por intermédio de jornais e tirinhas, bem como em acontecimentos como o desterro de mais de duas mil pessoas para o território acreano, como foi o desdobramento de acontecimentos como a Revolta da Vacina ocorrida em 1904 e a Revolta da Chibata, em 1910³³ (Sevcenko, 1984; Martins, 1985).

De acordo com Silva (2013) entre 1904 e 1910, foram mandadas mais de duas mil pessoas exiladas para a região do Acre em navios fretados pelo Estado brasileiro. Para o qual, os desterrados poderiam servir de mão de obra na extração da borracha e, assim, resolveriam os problemas da sociedade. Enviando os indesejados para estes rincões, potencializavam a produção do látex, desta forma, aos olhos do governo federal, a expulsão de milhares de pessoas do Rio de Janeiro para uma região da inóspita Amazônia representava uma ida sem retorno. As pessoas denominadas perigosas como, prostitutas, malandros, estivadores, bêbados, vadios, delinquentes, capoeiras, entre outras, eram vistas como a escória da sociedade, portanto, com o desterro, higienizava-se a cidade e diminuía o problema de superlotação de presídios, considerando as detenções durante as Revoltas da Vacina e da Chibata. A ação era classificada como boa estratégia política para resolução daqueles problemas. Vale frisar que o sentido de degredar é deslocar para outro lugar de modo forçoso, comumente distante e periférico, com o intuito de dificultar o retorno, assim como o sentido de desterrar que parte desta concepção de apartar alguém de seu lugar, práticas herdadas e legitimadas no período do Brasil Colônia e do Império. Durante a Primeira República, o estado de sítio e de desterramentos continuava sendo uma estratégia de controle social e de punição dos categorizados como escória, usualmente sendo os alvos destas ações a população pobre e os envolvidos no que nomeavam de motins militares e revoltas civis. Todavia, a categoria dos indesejáveis crescia como os que desenvolviam práticas

³³ A Revolta da Vacina foi carregada de diversos significados de cunho social, político e militar. Não foi uma revolta contra a vacina, mas contra a sua regulamentação que se chocava com questões de moralidade e pudor familiar da época, atentava contra liberdade e autonomia, bem como havia questionamentos sobre a eficácia da vacina. Sobre a Revolta da Chibata, ocorreu quando os marinheiros que serviam aos navios da Marinha do Brasil levantaram-se contra seus superiores com o intento de colocar fim às punições e aos castigos físicos aos quais eram submetidos constantemente. É mister esclarecer que as revoltas estavam perpassadas por descontentamentos políticos, econômicos e sociais (Sevcenko, 1984; Martins 1985; Silva, 2013).

de mendicância, vadiagem e capoeira e possivelmente os loucos que vagavam pelas ruas do Rio de Janeiro ou pelas cadeias públicas. No caso dos desterrados para a região acreana, Silva (2010) pontua:

Talvez jamais se saiba quantos se ‘tornaram’ acreanos ou quantos venceram o ‘deserto/sertão’. Mas é certo que os sobreviventes nasceram de novo ao terem que se adaptar aos novos modos de vida em um outro mundo. Tudo era muito diferente daquilo que eles conheciam e tinham como referenciais de vivências e de sociabilidades adquiridas até então (p. 188).

Para Silva (2020), o que sobressai nas linhas da história é um Acre isolado e atrasado, mas com pouco questionamento acerca das relações de trabalho existentes nos seringais. Além de lembrar que o barracão era a unidade basilar do seringal na Amazônia, local onde os seringueiros eram obrigados a comprarem produtos para a subsistência, uma vez que não podiam desenvolver plantio agrícola, pois deveriam dedicar-se incessantemente ao extrativismo do látex. Esta organização social impactava diretamente no processo saúde/doença das pessoas e na oferta de serviços de saúde na região. O Acre como território ocupava-se em pensar a saúde de sua população com vistas à necessidade de mão de obra para a produção da borracha. Neste viés, Silva (2020) afirma:

Mas esse mundo da política local também parece fazer suas vítimas, principalmente entre os mais desprotegidos social e economicamente. Essa elite política do Acre territorial era geralmente composta de muitos militares e poucos civis, enviados ao Acre por seus padrinhos políticos da capital federal e até adversários políticos, como vingança, às terras distantes e atrasadas dos *sertões* do país (p. 77).

Portanto, as decisões sobre ações de saúde, oferta de serviços, medicações, práticas ou estratégias de tratamento eram realizadas com base na organização social deste período que estava diretamente relacionada à mão de obra dos seringueiros e extração da borracha. Neste sentido, longe de pensar a formação histórica do Acre como uma epopeia ou com atos de heroísmos, como parte da história é contada, *A Questão do Acre* foi uma consequência da inserção da região na cadeia produtiva mundial capitalista. Desta forma, a nacionalidade do Acre pouco importava, visto que o importante era manter a produção da borracha em níveis elevados, pois desse modo, ganhava Manaus e Belém, o governo federal com os impostos, bem como os Estados Unidos e Inglaterra, que também tiravam proveito do mercado da borracha. A

Inglaterra com o monopólio de comercialização da borracha e os Estados Unidos como o grande consumidor da época, além de sua participação em sindicatos por meio de acordos e convênios com a Bolívia (Carneiro, 2014; Bezerra, 2006). Neste sentido, Carneiro (2014) enfatiza que:

O período inaugural do Acre não foi tão glorioso como até hoje afirma a historiografia oficial. A formação histórica do Acre também foi marcada pela violência e pela corrupção. A invasão do território boliviano, a semiescravidão, o extermínio indígena, os métodos predatórios do corte da seringueira, a obtenção de vantagens mediante o engano, o autoritarismo político e tantas outras ‘patologias sociais’ não combinam com a ideia de epopeia (p. 395).

Oportuno sublinhar que o Território Federal do Acre foi o primeiro a ser criado na história brasileira, isso consistia numa tutela do governo federal sob este território, na época com influência direta não só na arrecadação de impostos sobre a borracha, como também a indicação e a escolha de governantes serem feitas pelo Presidente da República. Esse regime político que vigorou até 1962, ainda, resguarda espelhamentos em diferentes âmbitos na atualidade, desde a organização de serviços às questões de hierarquia e administração de serviços, com reflexos também nas composições políticas e sociais e com repercussões de autoritarismo no executivo acreano. Devemos ainda destacar que, em 1964, com a implantação da Ditadura Militar no Brasil, o recém-criado Estado do Acre nem ao menos havia experimentado dois anos de autonomia com a saída do regime autoritário que esteve vigente desde 1904, enquanto território federal.

Ainda sobre criar um território federal não previsto na Constituição de 1891, houve questionamentos sobre a validade jurídica do ato, mas houve a veemente defesa do então Presidente da República Rodrigues Alves. Isto desagradou o governo do estado do Amazonas desejoso da anexação das terras acreanas ao seu território geográfico, pois proporcionaria o domínio sobre os impostos da exploração da borracha. Havia também líderes locais que ansiavam por se tornarem um estado independente e, assim, conquistarem a autonomia na exploração e comercialização do látex (Silva, 2002). Silva (2002) relata a defesa realizada por parte da União, a qual baseava seu argumento às peculiaridades da região e, assim, justificava o motivo por criar um território federal, alegando que:

Entre as questões alegadas configuravam o aspecto territorial, considerado muito amplo; baixa densidade populacional; a cultura local, ainda vista como “atrasada” e

“despreparada” para se inserir nos moldes do Sul do país; deficiência de comunicação; falta de organização social, entre outros fatores que seguiam esta mesma ótica (p. 27).

Em relação ao caráter autoritário e personalista do executivo acreano, Silva (2002) debruçou-se sobre estes aspectos, cujo recorte recai entre os anos de 1921 e 1964, demarca o ano de 1921 por ter sido ano em que o território federal do Acre alcança a unificação administrativa uma vez que anteriormente havia a existência de departamentos em diferentes pontos geográficos do território acreano. Com a unificação, surge a figura do governador do território, o qual era indicado pelo Ministério da Justiça e sancionado pelo Presidente da República. O ano de 1964 instaura-se o golpe militar no Brasil e com este ordenamento político, observa-se que o estado do Acre pouco havia avançado em autonomia política, considerando o exíguo tempo que havia se tornado um estado da federação brasileira.

De acordo com o autor, a gênese desse autoritarismo político no Acre tem seu berço nas vontades externas de pessoas que encaminhavam governantes para uma região com a qual não tinham nenhum vínculo e nenhum conhecimento para executar de forma plena um domínio político. Desta forma, estabelecia-se o monopólio de cargos políticos na administração do Executivo e nos setores da justiça, neste contexto, os desmandos e as prevaricações ocorriam impunes. A desorganização administrativa, a falta de planejamento, a fragmentação e a desestruturação destas instâncias eram visíveis. Em meio a tais entreveros, a imprensa servia aos grupos políticos estabelecidos, o que culminava no domínio da imprensa pelo governo que estivesse em mandato. Reitera que a alteração de território federal para estado federativo não culminou em significativas mudanças nessas dinâmicas e ocorreu porque a região acreana não necessitava de tutoria, pois seu modelo econômico já não despertava interesse na esfera federal, acumulando mais problemas do que lucros. Sobre essa mudança, Silva (2002, p.71) pondera:

Esta decantada autonomia, requerida durante décadas, foi um parto difícil e implementada após longos embates entre grupos privilegiados, internos e externos. Foi acima de tudo uma transição passiva e controlada pelas mesmas pessoas que se beneficiavam no regime anterior, foi uma mudança de cunho conjuntural e permeada por exclusões. Organizada e conduzida de forma descendente e que trouxe consigo as entranhas do modelo territorial, baseado em práticas autoritárias e personalistas. Uma mudança com continuísmos, vícios e sem rupturas, características que sempre predominaram na política brasileira, no Acre não foi diferente ... Foi dada ao Acre uma alforria semelhante àquela concedida aos escravos em 1888: paradoxalmente ser livre

para se submeter às novas amarras, tirando o peso da responsabilidade do seu então tutor, o Estado Nacional.

Nesse processo de formação do estado do Acre houve a predominância de práticas autoritárias e clientelistas marcada pela concepção de trocas de favores e de cooptação de instâncias públicas para favorecimentos políticos. Práticas que, no período do regime militar, em território acreano, só houve sua exacerbação, tendo em vista que já eram métodos utilizados em seu passado como território federal. O presente mais uma vez espelha o passado, que, por vezes, surge sob a perspectiva de novos argumentos ou indumentárias, contudo, são antigos encadeamentos políticos que atravessam a história e se reatualizam, obviamente considerando as diferenças e mudanças dos períodos históricos. “Já o clientelismo e o personalismo presentes na política acreana e brasileira, parecem ser uma constante que acompanha todos nós há muito tempo, tornando-se ‘naturalizados’ e aceitos por muitos” (Silva, 2002, p. 107).

Reiteramos que estes aspectos que compunham a história da formação do território e do estado do Acre são relevantes para compreendermos as questões relacionadas à saúde pública nesta região, além de desvelar importantes enfeixamentos dessa organização social e suas contradições, em que tessitura social se deu a assistência ao louco e a designação do lugar social da loucura. Assim, apresentaremos também sobre o desenvolvimento dos serviços de saúde e as tentativas para implantação do SUS no estado do Acre.

Klein (2010) demonstra que história do estado do Acre se entrelaçou com a produção da borracha e com a sua exploração econômica, a organização dos serviços de saúde também estiveram relacionadas com este aspecto fulcral no que tange o estabelecimento dos serviços de saúde pública no território federal do Acre, bem como os demais movimentos migratórios por qual passou a Amazônia. A ideia que pairava sobre a região do Acre esteve perpassada pela propaganda de uma região que prometia riquezas, embora sempre fizessem questão de demonstrar o quão era insalubre e perigosa. O autor indica uma crise nos serviços de saúde do território federal do Acre em 1955, com esvaziamentos de postos de saúde, falta de medicamentos, poucos médicos e aumento de casos de malária, tuberculose e hanseníase. Período em que houve a criação de um pronto-socorro em Rio Branco e a construção de mais quatro hospitais nos municípios e a criação do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) do então território federal do Acre. Em 1964, sob o Decreto nº. 217 de 3 de dezembro de 1964, a Secretaria de Saúde e Assistência Social do Estado do Acre passou a ter seu estatuto legal dentro da estrutura do governo estadual.

Contudo, o cenário de escassez e a responsabilidade das secretarias em organizar os serviços nos municípios apresentavam dificuldades expressivas. Alguns serviços receberam modificações como os da Colônia Souza Araújo que abrigava as pessoas com hanseníase e foi transferida para administração da Igreja Católica, sendo que o Estado teria sua contrapartida, o que não aconteceu e comprometeu o serviço e a atenção a este público. Klein (2010, p. 81) reitera que “Os discursos oficiais dos governos do período militar apresentavam grandes realizações, porém os documentos oficiais não retratavam a situação da maioria da população”. Esses discursos partiam da esfera federal e encontravam eco na esfera estadual, inclusive endossando tal ideário socioeconômico-político da época. Em consonância com as propostas da União, que, em pleno regime militar, fortaleciam e apoiavam a criação de hospitais e a expansão da rede privada, também havia propostas de implantação de complexos hospitalares para todos os municípios do estado do Acre.

Essa configuração na década de 1974 levou a uma crescente implantação de unidades hospitalares em território acreano, contexto em que houve a ampliação de convênios do estado com a Central de Medicamentos do Ministério da Saúde, o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) e Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Possivelmente, a rede privada não obteve êxito no Estado Acre em face do baixo poder aquisitivo de grande parte da população. “Em muitos momentos as políticas federais causaram intervenções e mudanças em que as esferas estaduais e municipais tiveram papéis subalternos ou foram instrumentos da esfera federal” (Klein, 2010, p. 86). Durante a expansão de hospitais, houve a inauguração, em Rio Branco, do hospital psiquiátrico, nomeado como Hospital Distrital³⁴, bem como as ações de interiorização de saúde e saneamento.

Na década de 1980 com o processo da redemocratização do país e os novos direcionamentos no discurso sobre a saúde e o Movimento Sanitário em efervescência no Brasil esperava-se transformações no cenário local. Contudo, no estado do Acre não houve mudanças significativas nos serviços de saúde, deram continuidade na organização de alguns programas e algumas unidades de saúde nas periferias de Rio Branco e construção de centros de saúde (Klein, 2002). A política de Ações de Interiorização da Saúde no estado do Acre recebeu fortes críticas da esfera federal por meio do superintendente do INPS, quando visitou a região de Rio Branco, o qual destacou a desorganização, falta de planejamento e gerência nas ações. Havia ainda divergências políticas e um personalismo no campo da saúde, como identificado na figura

³⁴ O hospital psiquiátrico de Rio Branco inaugurado em 1978, é nomeado como Hospital Distrital. Em 1999, o Hospital Distrital, teve seu nome alterado para Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac), por meio do Decreto nº 436 de 17 de março.

do Secretário Estadual de Saúde, no ano de 1985, que era acusado de priorizar determinados serviços, como os centros e postos de saúde em detrimento de outros serviços. Neste sentido, grupos de funcionários que os apoiavam e outros que eram contra sua gestão, estabeleceram um verdadeiro embate. Essa crise no sistema de saúde do estado do Acre culminou em uma demissão em massa de toda equipe de saúde pública e também no pedido de demissão do então Secretário Estadual de Saúde.

Esse desdobramento se deu em razão de acordos políticos entre um Senador da República e o Governador do Estado do Acre, para que houvesse manutenção de um grupo partidário, na ocasião o Partido Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), pois havia discordâncias entre a equipe de saúde pública e o referido senador, nomes não citados pelo autor, apenas a legenda partidária. Neste imbróglio prevaleceu a manutenção de serviços hospitalares que claramente era o interesse de um grupo de pessoas que obtiveram tais benesses, pois tinham inequívoca influência no governo (Klein, 2010). Neste período, em torno de 1986, o autor faz uma observação bastante pertinente, pois relata a paralisação de alguns serviços no Estado do Acre como a desativação do núcleo de saneamento da Sesacre, deficiência no programa de vacinação e paralisação do programa de saúde mental, além de arrolar a dificuldade com recursos humanos e financeiros para sustentar as ações da Sesacre.

Conforme Leal, Cadorin, Angel & Rodrigues Jr (2013), a Secretaria Municipal de Saúde (Semsu) de Rio Branco foi estabelecida em 1988 pela Lei nº 770 de 26 de dezembro, que discorria sobre sua estrutura e atribuições. Contudo, até 1993, não houve estratégias assistenciais desenvolvidas por essa secretaria, isso demonstra a dificuldade de descentralização dos serviços, considerando que a Sesacre continuava a gerenciar as Unidades Básicas de Saúde. Klein e Zioni (2013) lembram que com a implantação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) no Estado do Acre revelou-se uma realidade no sistema de saúde local, pouca articulada e com dificuldades em planejamento, demonstrando suas deficiências em diferentes áreas, falta de medicamentos, o tratamento da tuberculose deficitário, com as dificuldades de planejamento da vigilância epidemiológica e a execução de suas ações, entre outros setores com problemas de funcionamento.

Neste processo, a Sesacre passou a gerenciar atribuições que antes cabiam à esfera federal, o que levou ao recebimento de recursos da União para ampliar a sua coordenação dos serviços e a descentralização para os municípios. Todavia, os autores indicam que a Sesacre mantinha a dificuldade de colocar em prática o processo de planejamento e a coordenação do processo de descentralização e hierarquização dos serviços de saúde, bem como era preponderantemente dependente dos recursos federais para a manutenção dos serviços. A

respeito da transição do SUDS para implantação do SUS no Estado do Acre, Klein (2010, p.110), acrescenta:

A regulamentação do SUS no Acre teve momentos distintos, com acordos estabelecidos via convênios, entre as esferas de governo, nas quais os repasses de serviços e atribuições da esfera federal para a secretaria estadual estendiam a descentralização de serviços para os municípios. Foram estabelecidas novas relações com as esferas municipais que aderiram ao novo sistema e o processo de descentralização dos serviços foi desencadeado no estado ... Inicialmente foi criado o Conselho Estadual de Saúde por meio da Lei Complementar nº 29 de 19 de dezembro de 1990. Enquanto o sistema estava sendo regulamentado, nas diferentes instâncias de governo, os acordos estabelecidos nos convênios com a esfera federal orientavam as atribuições da esfera estadual no processo de implantação da política de saúde.

A primeira mudança na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (Semsas) se deu com a criação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) estabelecido por meio da Lei nº. 964 de 8 de outubro de 1991 da Prefeitura Municipal de Rio Branco, com base na Lei n. 8.142 (1990) que versa sobre a participação social no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1992, quatro anos após a criação da Semsas houve a definição de competências e atribuições da secretaria, acrescentando departamentos e divisões com destaque para a gerência das Unidades Básicas de Saúde. Havia uma movimentação em torno da reestruturação da gestão municipal, inclusive com o interesse de assumir a gerência da Atenção Primária de Saúde, contudo, o processo de descentralização permanecia inerte. No ano de 1999, os recursos da Atenção Básica estavam sob a gestão estadual e a Secretaria Municipal de Saúde estava desabilitada para tal gerência, tendo em vista a crise no sistema de saúde e a intervenção do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Em maio de 2000, por decisão judicial do Tribunal Regional Federal da 1ª Região, os repasses financeiros retornaram para o Fundo Municipal de Saúde e o município foi reabilitado para a gestão dos serviços da Atenção Básica. Somente após dez anos da regulamentação do SUS no estado do Acre, houve discussões sobre a descentralização das Unidades Básicas de Saúde no município de Rio Branco (Leal et al., 2013).

Klein (2002) frisa ter sido um processo permeado por polêmicas, disputas políticas e jurídicas e intensificado pelas negociações da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) num governo considerado progressista, do então governador Jorge Viana, no qual houve avanços, tendo em vista os recursos existentes naquele período. Em novembro de 2000, pactuou-se a

descentralização das Unidades de Saúde de Rio Branco para a gestão municipal, importante destacar que este foi o início do processo e foi realizada a transferência das unidades, aos poucos, para a gerência municipal. Leal et.al (2013) salientam que, em 2003, ainda existiam unidades sob a gestão estadual, momento em que foram transferidas para a Semsas.

Em meio a tais disputas, cabe retomar o que rege a Constituição Federal de 1988 cujo artigo 198 determina que as estratégias e os serviços públicos de saúde se constituam numa rede regionalizada e hierarquizada, tendo sua organização descentralizada, primando pelo atendimento integral. Sobre financiamentos, cabe salientar que as ações e os serviços do SUS devem ter seu financiamento com base no orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Outro aspecto relevante refere-se à descentralização da política de saúde, ponto nodal dos desentendimentos no âmbito da implantação do SUS no Estado do Acre. A descentralização como um dos princípios do SUS que desde a Constituição Federal, passando pelas leis 8.080/1990 e 8.142/1990 e pela instituição de portarias ministeriais, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) são o conjunto de instrumentais legais que definem as regras do processo de descentralização.

As NOBs constituem as competências de cada esfera do governo e estabelecem as condições para que os estados e municípios assumam suas responsabilidades e competências no processo de implantação do SUS, além de apresentarem aspectos relacionados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde. Ainda com base no processo de regionalização e a busca por garantir o acesso de toda população brasileira aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde lançou, em 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) e uma atualização desta em 2002, a qual reportava sobre a melhora do fluxo dos níveis de média e alta complexidade no sistema de saúde e as atribuições de cada esfera governamental. Outra estratégia lançada pelo Ministério da Saúde foi o Pacto pela Saúde em 2006, com intuito de implementar a regionalização e colocar para gestão municipal a responsabilidade da plenitude da gestão de ações e serviços de saúde ofertados em seu território, mudando também o repasse do recurso federal³⁵. Os Pactos pela Saúde flexibilizavam as negociações e permitiam a participação da gestão municipal nas instâncias de decisão (Brasil, 1996; Brasil, 2001; Brasil, 2006).

³⁵ Verificar Portaria GM/MS nº. 837, de 24 de abril de 2009 que altera a Portaria 204/2007, a qual acrescenta o financiamento e o nomeia, e institui que o repasse seria realizado por blocos de investimentos, por exemplo, Bloco da Atenção Básica, Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade, Bloco da Vigilância em Saúde, Bloco da Assistência Farmacêutica e Bloco de Gestão do SUS e Bloco de Investimento, que comporiam a estrutura estabelecida nesta portaria ministerial.

É evidente que o processo de descentralização da política de saúde no Brasil não ocorreu de forma equânime e sem críticas. Há referências ao caráter de tutela da esfera federal neste processo, a qual diminuía a capacidade de gestão das esferas estaduais e municipais, impactando na autonomia de formulação de políticas condizentes com sua realidade. A dificuldade da integração das redes municipais de saúde, assim como a garantia de atendimento em todas as dimensões de complexidade em saúde, esteve atrelada a dificuldade de estabelecer o papel das secretarias estaduais de saúde. As limitações das portarias ministeriais e a alegação de inconstitucionalidade sobre a alocação de recursos federais marcaram este cenário. Além de não garantir o caráter democrático na transferência de responsabilidades para esferas estaduais e municipais, pois isso não era garantia de gestão resolutiva, tendo em vista as diferentes capacidades administrativas e institucionais dos governos locais (Viana, Fausto & Lima, 2003).

A pesquisa de Klein (2010) sobre este processo de implantação do SUS no estado do Acre identifica uma série de situações que impactavam diretamente nos procedimentos. Primeiramente, vale observar que o autor identifica sempre o jogo de forças políticas, disputas eleitorais que comumente se desenhava com candidatos de partidos políticos mais conservadores e outros do campo mais progressista, em disputa pelo cargo de governador. As divergências políticas em processo eleitoral culminavam em conflitos posteriores quando tinham de tratar de negociações sobre o processo de descentralização dos serviços de saúde. Abordou ainda a alta rotatividade de equipes que compunham as Secretarias Municipais de Saúde, falta de médicos e de um Plano Estadual de Saúde que fosse articulado e expressasse de forma acessível e coerente o papel da esfera estadual, além da fragilidade do processo de descentralização que culminou em ausência de repasses financeiros da esfera federal. Evidenciou que havia uma adoção por parte da Sesacre de um paradigma biomédico, centrando suas atividades com foco em atendimento médico. Para o autor, a mudança mais expressiva neste cenário ocorre em 1997, quando houve um maior incentivo às organizações dos Conselhos Municipais de Saúde, assessoramento de projetos municipais, seminários e fóruns com prefeitos e secretários municipais. Em 1998, em meio a uma crise na saúde, é eleito o governador da frente progressista, o qual teve de iniciar uma nova organização da estrutura de saúde no estado, pois não havia controle de investimentos e gastos, uma vez que os repasses ocorriam de forma aleatória. Os serviços e equipamentos estavam sucateados, dívidas com a esfera federal, pouca capacidade resolutiva em casos complexos, pagamentos de funcionários em atraso, em face de tantas outras situações que compunham o cenário estadual dos serviços de saúde pública. Percebeu também que o processo de descentralização era impactado pelas divergências políticas, que dificultavam o andamento desse processo, e era maior e mais visível nos

municípios onde os prefeitos e seus gestores eram de identificação partidária diferente do gestor estadual. O sistema de comunicação era deficitário, em 1998 não havia informatização, os telefones dos setores da Sesacre estavam bloqueados por falta de pagamento, isto desembocava numa insuficiência de planejamento para a avaliação e a articulação entre áreas e municípios. Os serviços encontravam-se em estado precários e suas estruturas sucateadas.

O governo que assumiu em 1999 encontrou uma grave crise no setor de saúde em que a implantação e organização do SUS também estavam comprometidas. Dos 22 municípios acreanos apenas Rio Branco e Cruzeiro do Sul contavam com uma estrutura de serviços de saúde com capacidade de atendimentos complexos. Entre as cidades, apenas 13 dispunham de atendimento básico e sete municípios não contavam com médico vinculado ao sistema de saúde. A Secretaria Estadual de Saúde encontrava-se em situação caótica. Era mal instalada, não era informatizada, não dispunha de um banco de dados para o acompanhamento e desenvolvimento das ações (Klein, 2010, p. 123).

Assim, o governo trabalhou no fortalecimento do Conselho Estadual de Saúde (CES) não só para adequar o funcionamento dos Conselhos conforme as normativas do SUS, como também para discutir a nova estruturação dos serviços de saúde. Entre os anos de 1999 e 2014, quem ocupou o Executivo Estadual, na cadeira de governador, foram políticos da frente progressista, de uma aliança conhecida como Frente Popular. Neste aspecto, afirma que a implantação do SUS neste período embora também tenha sido lenta, houve importantes avanços, como a informatização da Sesacre, regularização de débitos, busca por recursos financeiros e articulações com a bancada federal do estado do Acre, entre outras ações fundamentais para melhor estruturação e sustentação da rede de saúde pública.

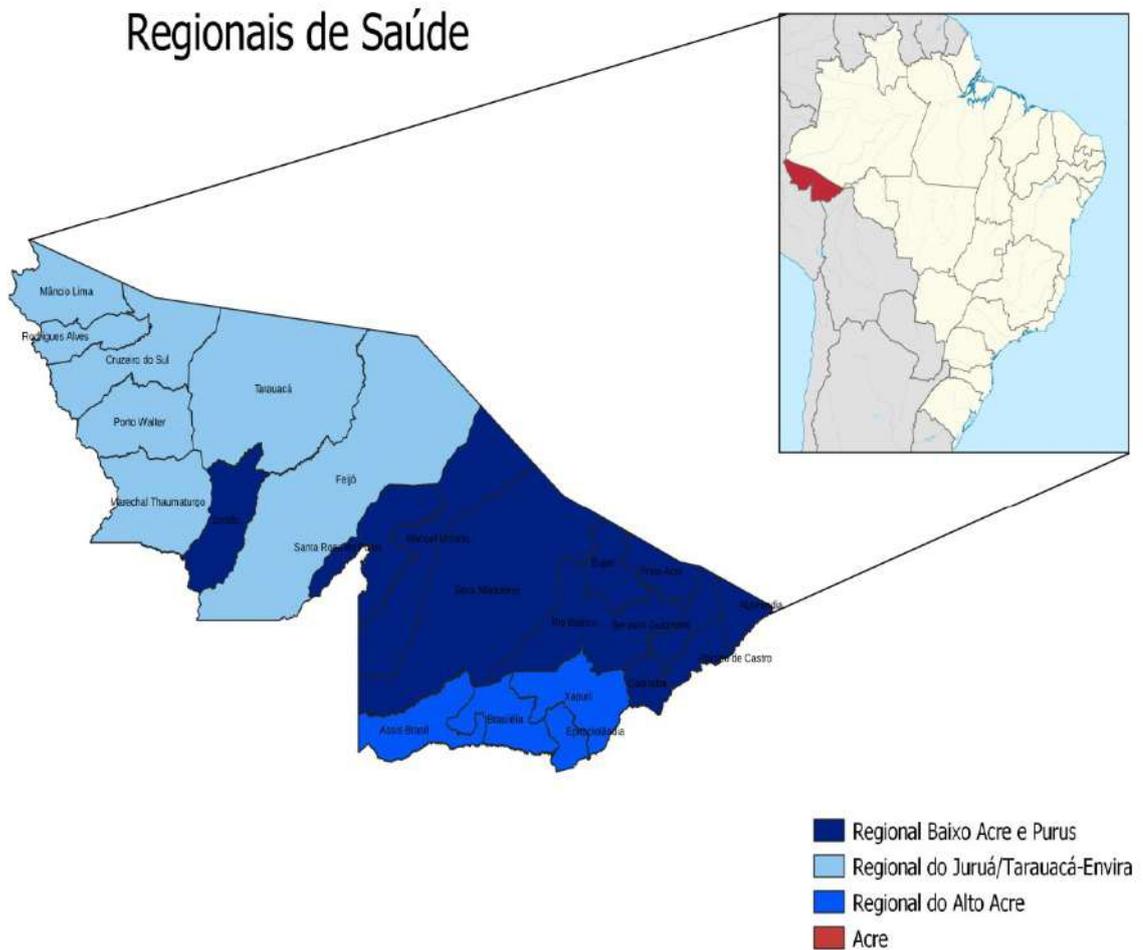
No ano de 2000, elaborou-se o Plano Estadual de Saúde 2000 a 2003, que apontava para uma nova prática, considerado os anos de crise na saúde do estado do Acre, contudo, ainda com déficits quando se tratava da seção planejamento, não permitindo visualizar o papel das diferentes esferas para atingir metas e denotava certa centralidade das ações na gestão estadual e uma cooptação do CES quando indicava as entidades representativas para o cargo de conselheiro para o apoio e a defesa de suas ações e, em troca, destinava recursos públicos para tais entidades (Klein & Zioni, 2015).

Teston (2016) sobre a regionalização do SUS no estado do Acre argumenta que ocorreu de maneira lenta e progressiva tendo em vista outras regiões do país. Nesta perspectiva, apresenta que os estados têm características singulares, dentre as quais: a falta de capacidade

técnica, administrativa e operacional de parte significativa dos municípios, os quais relatavam dificuldades na gestão da Atenção Básica; baixa receita fiscal e recursos insuficientes para o custeio das despesas com recursos humanos, equipamentos, materiais e transporte; barreiras geográficas, como estradas deficitárias e isolamento de alguns municípios e/ou comunidades em determinado período do ano no qual as vias fluviais ficam sem possibilidade de navegação, dificultando o acesso da população aos serviços de saúde; a grande rotatividade de profissionais e dificuldade de manutenção em equipamentos por meio de mão de obra qualificada na região para tal atividade. Teston (2016) assegura que:

Essas questões estariam dificultando a transferência de funções da Secretaria Estadual de Saúde para os municípios, a desconcentração de serviços da capital para o interior e a organização da rede assistencial de forma a responder, com qualidade e resolutividade, aos principais problemas de saúde da população acreana (p. 134).

Sobre este desenho da regionalização da saúde no estado do Acre, Teston (2016) assinala que a reunião da CIB nº 38 de 31 de julho de 2009, dividiu o estado em três regiões de saúde, mas na CIB nº 31 de 26 de março de 2012 houve alteração com a anexação do município de Jordão à região de saúde do Baixo Acre/Purus, em razão da dificuldade de acesso da população desse município às cidades do Vale do Juruá.

Figura 4*Regiões de Saúde no Estado do Acre*

Elaborado pela autora

Em virtude disso, a organização das regionais se estabeleceu da seguinte maneira: a regional de saúde do Juruá/Tarauacá-Envira, da qual fazem parte os municípios de Mâncio Lima, Rodrigues Alves, Cruzeiro do Sul, Porto Walter, Marechal Thaumaturgo, Tarauacá e Feijó; a regional do Baixo Acre e Purus, que engloba as cidades de Jordão, Santa Rosa do Purus, Manoel Urbano, Sena Madureira, Bujari, Rio Branco, Porto Acre, Senador Guiomard, Acrelândia, Capixaba e Plácido de Castro; por fim, a regional do Alto Acre, a qual assiste às cidades de Assis Brasil, Brasiléia, Xapuri e Epitaciolândia.

A respeito da organização da secretaria municipal de saúde de Rio Branco, no ano de 2005, houve um novo arranjo das áreas de assistência à saúde, com a criação das então

denominadas áreas técnicas, que têm como escopo assessorar as equipes no desenvolvimento das ações em saúde e também planejar, monitorar e avaliar as ações das áreas. Dentre as áreas criadas, houve a criação da área técnica de Saúde Mental. Quanto aos serviços de saúde mental, em 2012, a rede municipal contava com os seguintes serviços: uma Unidade de Acolhimento e uma equipe de Consultório na Rua e dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)³⁶ em processo implantação (Leal et al., 2013).

Com base nesta breve incursão sobre a história do Acre e da saúde pública no território e posteriormente estado do Acre, tornam-se evidentes as melhorias no âmbito das estruturas organizacionais e dos serviços de saúde pública. É possível identificar um movimento crescente na esfera municipal de seu papel estratégico em diferentes frentes dos serviços de saúde de sua gestão, contudo, ainda parece haver resquícios ou rebatimentos do longo e dificultoso processo de descentralização do SUS, marcado pela centralização de decisões, falta de planejamento e organização e disputa de poder. Contudo, queremos retornar ainda à história da formação do Acre, quando ainda era território federal, lembrando-nos da inexistência de serviços, da falta de acesso da população aos medicamentos e de como esta região por muito tempo foi vista apenas com a preocupação do controle do impaludismo (malária). Isto deveu-se ao fato de que esta era a doença que mais grassava as vidas dos seringueiros, o que impactava na produção da borracha, portanto, havia uma preocupação com a mão de obra e não com as pessoas que residiam neste lugar.

Nesta lógica, aconteceram as estratégias de segregação para o controle de tuberculose e hanseníase, em cuja perspectiva a loucura foi vista e tratada, a ponto de, por vezes, as pessoas consideradas loucas terem sido abrigadas nestes espaços, bem como no pavilhão anexo à cadeia pública; e, no final da década de 1970, num hospital psiquiátrico, como nos afirmam Klein e Zioni (2015). A saúde tanto no território federal do Acre quanto no estado Acre esteve norteadada pelo cunho econômico, respaldo de toda a tessitura política e social. Sobre algumas intervenções no âmbito da saúde, utilizou-se de práticas de exclusão, marginalização e asilamento, como estratégias de saúde como no caso da tuberculose, hanseníase e das doenças mentais, adotando-se práticas semelhantes às das outras regiões do Brasil, pelos idos das décadas de 1940 a 1970. Convém demarcar que naquele período histórico, a tuberculose e a hanseníase, categorizadas como doenças infectocontagiosas tinham como principal medida de contenção e controle da doença, o isolamento de pessoas infectadas, e, assim, seguiam a mesma

³⁶ Esses serviços de saúde mental sob a gestão do município de Rio Branco estão descritos e com dados atuais na página 67 deste trabalho.

lógica quando identificavam pessoas com doença mental. Esta herança de segregação persisti, embora possamos identificar algumas mudanças na lógica do cuidado em saúde mental.

Não podemos deixar de apontar que o território do Acre por décadas foi regido pela União, período em que foi nomeado como território federal. Embora, em alguns momentos, como, por exemplo, entre 1934 e 1937, tenha vigorado certa autonomia das prefeituras, com eleições diretas para prefeitos e vereadores. Logo em seguida, em 1937, ocorreu a dissolução das câmaras municipais e a nomeação de prefeitos passou a ser novamente do governador territorial e o governador escolhido pela Presidência da República (Bezerra, 2006). É notório que esse processo de pouca, ou quiçá, nenhuma autonomia política, durante muitos anos marca a história desse estado.

Quando o território federal torna-se estado do Acre em 1962, em pouco tempo, é instaurada a ditadura militar no Brasil, sendo mais alguns anos de tutela e sem autonomia, seguindo o que por décadas já ocorria no estado do Acre. Fica assim evidente que a história mostra que a autonomia local, dos municípios, foi constantemente minada pelos interesses políticos de outras esferas governamentais. Podemos perceber esta mesma dificuldade no campo da saúde pública e nas tentativas de implantação do SUS no estado do Acre, uma dependência financeira e política da União, bem como a dificuldade de promover e impulsionar a autonomia e sustentabilidade dos municípios no que tangia os serviços de saúde. A gestão estadual de saúde parece que, por vezes, teve resistência em efetivar o processo de descentralização, principalmente quando os municípios eram geridos por prefeitos de outras coligações partidárias; assinalavam a insuficiência das receitas dos municípios para a sustentação dos serviços e apontavam a ineficácia no planejamento e na gerência. Todavia, também não apresentavam perspectivas para as mudanças necessárias e, assim, expressavam suas deficiências.

Essa história polêmica e atravessada por crises possui rebatimentos na atualidade, ainda é possível verificar as dificuldades dos municípios assumirem seus papéis no que tange às redes de atenção à saúde, como, por exemplo, a Rede de Atenção Psicossocial, esse legado de retirada de autonomia, por décadas, também reflete a dificuldade de admitir e sustentar serviços que estariam na gerência da esfera municipal. Os Termos Extrajudiciais do Ministério Público do Estado do Acre, comumente, relatam esse “joguete” de responsabilidades entre a esfera estadual e municipal de Rio Branco no que concerne às Políticas Públicas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Outro ponto que esta herança política reverbera é no personalismo nos serviços de saúde ou ações, melhor explicando, parece haver “donos” alguns serviços públicos e essas pessoas tomam aqueles espaços públicos como seus. Neste sentido, esses “donos”

frequentemente possuem influências políticas que os sustentam diante dos serviços e, inclusive, fortalecem esses serviços, aqui destacamos o cooperativismo da classe médica e suas características quanto um domínio pelo poder e saber no âmbito da saúde. Sobre esse personalismo já explicitamos anteriormente por meio dos estudos de Silva (2002). Outro ponto interessante de destaque é que as alternâncias partidárias nos governos do estado do Acre e também na esfera municipal, nas prefeituras, indicam rupturas ou continuidade na estruturação dos serviços de saúde, ou seja, a depender do governante eleito as ações se estagnam ou podem ter continuidade, caso seja algum representante do mesmo partido ou coligação política do que antecedeu, há continuidade, caso contrário, é possível que ocorra ruptura e/ou retrocessos. Contudo, essa dinâmica não é exclusividade do estado do Acre assemelha-se com o que acontece nas diferentes esferas governamentais em outros locais do país e, por vezes, no cenário político federal.

São notáveis os avanços na saúde pública do estado do Acre, mais ainda especificamente no município de Rio Branco, nosso local de pesquisa. Embora tenha ocorrido a implantação do SUS de forma bastante conflituosa, as conquistas são inegáveis. Todavia, não podemos deixar de mencionar que a dificuldade da implantação do SUS e a descentralização e regionalização, por terem acontecido de forma tardia em comparação com outras regiões do país, é permeada por enfrentamentos políticos, e pode ter contribuído para o retardo dos ares da reforma psiquiátrica soprasse nesta região. Como poderíamos pensar a reforma psiquiátrica se nem ao menos era possível consolidar o SUS perante os diversos conflitos, como já mencionados? Seria possível discutir sobre reforma psiquiátrica brasileira se não havia organização e planejamento de ações de saúde no estado de Acre? Enquanto engatinhávamos no processo de implantação e organização do SUS, cabia ofertar o mínimo na saúde pública e via este raciocínio, a compreensão que o hospital psiquiátrico já era o suficiente quanto à assistência em saúde mental, talvez tenha vigorado em diversas gestões estaduais. Vale destacar que os princípios da reforma psiquiátrica não chegavam para as discussões, naquele período, diante de dificuldades enfrentadas na compreensão e estabelecimento do SUS em território acreano, dificultadas, inclusive pela pouca informatização e meios de comunicação deficitários. A herança do atraso, construída historicamente, quando se trata da forma como é visto o estado do Acre, reverberou em diferentes âmbitos, inclusive, na implantação do SUS e também nas incursões da reforma psiquiátrica em território acreano. Essas dificuldades estabeleceram modelos que causaram impactos na vida de milhares de pessoas que dependiam e/ou dependem do sistema público de saúde e de cuidados em saúde mental, quando, por exemplo, pensamos na vida de milhares de

pessoas, que, durante décadas, tiveram como único lugar de assistência em saúde mental, o manicômio.

Essa reestruturação ou ainda que seja uma estruturação do cuidado na lógica da atenção psicossocial e das Políticas Públicas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em Rio Branco é permeada também pela chegada ou o retorno de profissionais da saúde formados em outros estados do país; a parceria da Sesacre e UFAC para oferta de um curso de especialização em saúde mental em agosto de 2005, como reitera Ferreira (2006), bem como a pacto do plano de Educação Permanente em Saúde também de 2005. Além de algumas ações de supervisões institucionais e participação de profissionais da saúde em cursos ofertados pela Fiocruz, como *Caminhos do Cuidado*³⁷, conforme M. A. dos S. Pinto (comunicação pessoal, 12 de julho de 2020). Além disso, é necessário reforçar que houve impactos com a descentralização dos serviços de saúde pública do estado para os municípios, essa municipalização e reordenação do cuidado promoveu novas estruturas e organizações que refletiram na RAPS do município de Rio Branco, mas que ainda encontram dificuldades no que tange à implantação e consolidação dos serviços substitutivos e da lógica de atenção psicossocial, e principalmente de evidenciar a função de cada esfera, estadual e municipal. Esses desencontros marcaram a incursão tímida da reforma psiquiátrica em território acreano, sobretudo, por ser um processo dinâmico, complexo e permanente, e que está totalmente imbricado com os ordenamentos sociopolíticos locais, uma configuração que favoreceu o fortalecimento da lógica hospitalocêntrica e manicomial.

³⁷ O projeto *Caminhos do Cuidado* capacitou, entre 2013 e 2015, 237 mil profissionais da saúde, entre eles, agentes comunitários, auxiliares e técnicos em enfermagem em todo o Brasil, oferecendo formação referente à saúde mental, ao *crack* e a outras drogas, como visto em https://programadrogas.fiocruz.br/projetos_e_atividades/68

Figura 5

O Encontro dos Cidadãos Populares³⁸. Pintura de Ivanilson Sousa.



Acervo do próprio artista.

³⁸ Pintura realizada nas oficinas do Centro de Convivência e Cultura Arte de Ser. A pintura teve inspiração no material artístico de outro usuário do Arte de Ser. Ivanilson ao descrevê-la lembra que no período que pintou a tela estava cursando Pedagogia e enfrentava dificuldade com o uso de psicotrópicos em função de seus efeitos adversos.

2 O PERCURSO DA PESQUISA: ENTRE TEXTOS E CONTEXTOS

2.1 ENTRA EM CENA A CIDADE DE RIO BRANCO, ACRE

Como mencionado anteriormente, a escolha da capital acreana, Rio Branco, para a realização da pesquisa deveu-se ao fato de ter em seu território o único hospital psiquiátrico do estado do Acre, Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac), hospital público sob a gerência da Secretaria Estadual de Saúde do Acre (Sesacre). Esta instituição atende a população do estado, algumas cidades do Amazonas e os países da fronteira, Bolívia e Peru. Válido mencionar um dado sobre os hospitais psiquiátricos da Região Norte, publicado no *Saúde Mental em Dados* (Brasil, 2015), que apresenta a existência de três hospitais psiquiátricos na região e o número de leitos de cada um. O estado do Acre conta com um hospital psiquiátrico com 65 leitos, o estado do Amazonas com um hospital psiquiátrico com 65 leitos e o estado do Pará com um hospital psiquiátrico com 22 leitos. De acordo com o Desinstitute (2021), o estado do Acre permanece com um hospital psiquiátrico, o qual conta com 53 leitos e o estado do Amazonas com um hospital psiquiátrico com 28 leitos. Estas informações demonstram o fechamento dos leitos do hospital psiquiátrico no estado do Pará e para uma redução superior a 50% dos leitos em hospital psiquiátrico no estado do Amazonas. Contudo, o estado do Acre apresenta uma tímida diminuição de leitos no hospital psiquiátrico.

Além disso, chamou-nos a atenção o elevado número de leitos no hospital psiquiátrico do estado do Acre, uma vez que, comparado os aspectos de densidade populacional e extensão territorial em relação aos estados do Amazonas e Pará, torna-se no mínimo bastante questionável. Esses dados nos intrigaram e nos estimularam a buscar compreender este cenário da loucura e os desdobramentos da reforma psiquiátrica, em terras acreanas, tendo como recorte a capital, Rio Branco. Foi, portanto, neste local que delineamos e realizamos nossa pesquisa.

2.2 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE RIO BRANCO/AC E O HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DO ACRE

Conforme, A. da C. Moreira, chefe da Divisão da RAPS da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (comunicação pessoal, 9 de julho de 2020), em 2019, a assistência às pessoas com transtornos mentais ocorria em duas redes, a Rede de Atenção Primária em Saúde

e a Rede de Atenção Psicossocial. No texto³⁹ encaminhado por A. da C. Moreira, via endereço eletrônico, a Atenção Primária em Saúde de Rio Branco/AC conta com 56 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), das quais, 12 são denominadas de Unidades de Referência da Atenção Primária (URAP), portanto, seriam 44 UBSs. A URAP consiste num serviço de apoio às Unidades Básicas de Saúde, e possui equipes mais ampliadas, inclusive, com psicólogos. As URAPs teriam a função de ofertar suporte às equipes das Unidades Básicas situadas em seu território de abrangência. Ao passo que as UBSs seriam referência para pessoas com transtornos mentais leves e moderados, de acordo com A. da C. Moreira (comunicação pessoal, 9 de julho de 2020).

No que concerne à rede de atenção psicossocial (RAPS) da capital do estado do Acre, Rio Branco, além da Atenção Primária em Saúde, os serviços substitutivos existentes, sob gerência e gestão da Secretaria Municipal de Saúde (Semsu), são:

- a) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II – Samaúma), implantado no ano de 2018;
- b) O Consultório na Rua, por meio da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco/AC foi implantado em 2012 e possui uma equipe atual com os seguintes profissionais: um enfermeiro, duas psicólogas, um motorista, um agente de saúde pública;
- c) Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), Paulo Pêra (atendimento para maiores de 18 anos, todos os gêneros), voltado ao atendimento de pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas. Implantada no ano de 2012, possui capacidade de 15 vagas para o acolhimento pelo período de zero a seis meses. Este dispositivo é apontado como retaguarda do CAPS ad III.

Sobre os atendimentos do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II – Samaúma) entre janeiro e novembro de 2019, o registro no E-SUS indica mais de 2.500 atendimentos, sendo que a maioria dos atendimentos se refere à faixa etária de 15 a 19 anos de idade, com um número expressivo de mulheres (Brasil, 2019). Ainda no texto, informa que aproximadamente 80% dos casos atendidos no CAPS II, Samaúma, em 2019, foram situações de tentativas de suicídio, com apresentação de comportamento autolesivo.

Em relação aos dispositivos da RAPS que constam sob gerência da Secretária Estadual de Saúde do Estado do Acre (Sesacre), também tivemos o material encaminhado por endereço

³⁹ O texto encaminhado após nossa solicitação do plano de saúde mental do município de Rio Branco/AC, refere-se a um texto que consta uma breve descrição da Rede de Atenção Primária em Saúde e Rede de Atenção Psicossocial. Parte dos dados que constitui o texto são recortes do Banco de Dados do E-SUS do ano de 2019, dados por nós consultados também na fonte citada.

eletrônico, após nossa solicitação. O documento a nós encaminhado pela Divisão Estadual de Saúde Mental era uma Nota Técnica, que versava sobre a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, documento encaminhado e assinado por M. A. dos S. Pinto (comunicação pessoal, 12 de julho de 2020), chefe do Núcleo de Saúde Mental da Sesacre.

A Nota Técnica deixa expresso que os serviços ofertados às pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS estão pautados na Portaria GM/MS nº 3.588, de 21/12/2017, altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017. Neste documento, no que tange a gestão da Sesacre, estão os seguintes serviços em Rio Branco:

- a) Um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS ad III, para o acolhimento noturno com capacidade de oito vagas, sendo seis adultos e dois infantojuvenis, implantado no ano de 2002 como CAPS ad II e alterado para CAPS ad III em 2013⁴⁰;
- b) Um Centro de Convivência e Cultura, nomeado como Arte de Ser, existe desde 2009, porém foi regulamentado por um decreto estadual apenas em 2018;
- c) Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (18 leitos, sendo 16 leitos adultos e dois infantojuvenis), que anterior ao ano de 2012, eram denominados como leitos de desintoxicação para usuários de álcool e outras drogas, localizados no Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – Huerb;
- d) Unidades de Pronto Atendimento (UPA), no total de três;
- e) Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac) - hospital psiquiátrico que possui 65 leitos⁴¹, sendo 33 masculinos e 32 femininos, presta assistência de emergência às pessoas em crise, vale reiterar que o Hospital de Saúde Mental do Acre constituiu-se como parte da rede de atenção psicossocial conforme Resolução nº 32/2017, por meio da alteração da Portaria GM/MS nº 3588.

⁴⁰ É importante frisar que sobre a estratégia de redução de danos, embora na edição 9 do Saúde Mental em Dados de 2011, apareça a implantação de 2 (duas) escolas de redutores de danos no estado do Acre, no ano de 2022 não há conhecimento sobre a existência destas escolas. Assim quem estaria responsável por esta formação seria a Associação de Redução de Danos do Acre (Aredacre). Todavia conforme M. A. dos S. Pinto (comunicação pessoal, 16 de janeiro de 2023), chefe do Núcleo de Saúde Mental da Sesacre, a articulação com a Aredacre para formação e capacitação de redutores de danos tem sido complicada, pois há tempos solicita esta parceria para ofertar essa formação no estado do Acre e ainda não conseguiu esta efetivação de capacitação/formação.

⁴¹ Sobre o número de leitos no Hosmac, verificamos informações diferentes, divulgadas pelo Desinstitute (2021), que informou 53 leitos; a Nota Técnica da Sesacre afirmou serem 65 leitos. Diante das diferentes informações, buscamos o registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o qual identifica no ano de 2022, o Hosmac, como hospital especializado em psiquiatria, contando com 53 leitos (Psiquiatria) e 12 leitos (crônicos), totalizando 65 leitos. Os 12 leitos (crônicos), conforme informado pelo Núcleo de Educação Permanente do Hosmac, consiste nos 12 leitos de moradores.

Sobre o Hosmac, o documento reitera que, apesar dos serviços do Hosmac ser referência em todo o estado do Acre e até mesmo para as cidades do estado do Amazonas e dos países, Bolívia e Peru, a internação somente é orientada quando não há mais quaisquer serviços extra-hospitalares para o cuidado. Temos, portanto, conforme os documentos enviados por A. da C. Moreira (comunicação pessoal, 9 de julho de 2020) e M. A. dos S. Pinto (comunicação pessoal, 12 de julho de 2020), os seguintes serviços que compõem a rede de atenção psicossocial de Rio Branco/AC:

Tabela 1 RAPS de Rio Branco/AC (2019/2020)⁴²

⁴² Em nosso levantamento de dados, verificamos a existência de uma ala psiquiátrica no presídio Francisco d'Oliveira Conde, inaugurada em 2016 com 16 vagas, na cidade de Rio Branco. É necessário demarcar que, nas atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde, verificamos a proposta de regulamentação das Comunidades Terapêuticas para que estivessem aptas para receber financiamento do SUS e entrar na composição da RAPS. Embora estes serviços apareçam nas fontes documentais, não constam nos documentos (texto e nota técnica) que recebemos da Semsu e Sesacre. Esta tabela foi construída com base nas informações que recebemos das secretarias de saúde municipal e estadual. Sobre o número de leitos existentes no Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (Huerb), hospital geral, onde estão os Leitos de Saúde Mental, em consulta ao CNES (2022), o número de leitos gerais existentes é 209, mais 18 leitos de Saúde Mental, totalizando 227 leitos. Desta forma, o número de Leitos de Saúde Mental no Huerb está de acordo com a Portaria nº148, de 31 de janeiro de 2012, a qual define que o percentual de números de Leitos de Saúde Mental, em hospital geral, não deve exceder o percentual de 15% do número total de leitos do hospital geral até o máximo de 30 leitos.

A. da C. Moreira (comunicação pessoal, 9 de julho de 2020); M. A. dos S. Pinto (comunicação pessoal, 12 de julho de

SERVIÇOS	GESTÃO	UNIDADE/LEITOS
UBS	Municipal	44 unidades
URAP	Municipal	12 unidades
UPA	Estadual	3 unidades
CAPS ad III	Estadual	1 unidade (8 leitos para acolhimento noturno)
CAPS II – Samaúma	Municipal	1 unidade
Consultório na Rua	Municipal	1 unidade/equipe
Unidade de Acolhimento de Adulto – Paolo Pêra	Municipal	15 vagas
Centro de Convivência e Cultura –Arte de Ser	Estadual	1 unidade
Hospital de Urgência e Emergência – Huerb	Estadual	18 leitos (16 leitos adultos e 2 infantojuvenis)
Hospital de Saúde Mental do Acre – Hosmac	Estadual	65 leitos (33 masculinos e 32 femininos)
Equipe ⁴³ de Multiprofissional de (Emaesm)	Municipal	2 Equipes (EMAESM), sendo uma tipo 1 e uma tipo 3

2020); Relatório Anual de Gestão (RAG) 2021 da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco.

Figura 6

Dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Rio Branco.

⁴³ De acordo com o RAG de 2021 da Sems, duas equipes de Emaesm foram implantadas em Rio Branco. As Emaesm foram incluídas na tabela de equipes do CNES por meio da Portaria nº 544 de 7 de maio de 2018. Foram estabelecidas três modalidades de composição da equipe, a equipe tipo 1 é composta da seguinte forma: médico especialista em psiquiatria ou com experiência em psiquiatria (10 horas semanais de carga horária), psicólogo (30 horas semanais de carga horária), assistente social (30 horas semanais de carga horária); equipe tipo 2 - médico especialista em psiquiatria (20 horas semanais de carga horária), psicólogo (60 horas semanais de carga horária), assistente social (30 horas semanais de carga horária); equipe tipo 3 - médico especialista em psiquiatria (30 horas semanais de carga horária), psicólogo (60 horas semanais de carga horária), assistente social (30 horas semanais de carga horária) e outro profissional de nível superior da área de saúde mental com carga horária semanal de 30 horas.



Relatório Anual de Gestão (2020)⁴⁴ - Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco.

Figura 7

Fluxo 1: Atendimento de Saúde Mental na Atenção Primária e outros pontos de atenção à saúde mental em Rio Branco.

⁴⁴ Utilizamos dados do Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2020, uma vez que o Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2021 não consta o fluxo de atendimentos na RAPS, apenas o quadro no qual estão descritas as metas da área de saúde mental, recursos orçamentários e observações específicas e apresentam no relatório os números de atendimentos e ações realizados por dispositivos da RAPS de Rio Branco.



Relatório Anual de Gestão (2020) - Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco.

A figura 7 exibe o fluxograma da RAPS de Rio Branco representado no Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde. É possível verificar o hospital psiquiátrico como parte dessa rede. Sobre o Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac), este presta os seguintes serviços: ambulatório, pronto-socorro psiquiátrico e internação. Esta instituição foi inaugurada em 1978, registrada com o nome de Hospital Distrital de Rio Branco. Vale reportar a origem do nome desta instituição, uma vez que o termo distrital era proveniente de distrito penal, com referência à cadeia pública, pois antes da organização dos serviços de saúde pública na cidade de Rio Branco, havia um alojamento ao lado do presídio, onde pessoas com hanseníase, tuberculose e doenças mentais eram alocadas. Neste espaço, provavelmente, eram tratadas de forma semelhantes àquelas que estavam na instituição ao lado, os encarcerados. Antes ainda da inauguração do Hospital Distrital, pelos idos de 1970, as pessoas consideradas loucas, eram internadas no Pavilhão John Kennedy, criado pelo psiquiatra Mohab Machado, recém-chegado à capital acreana, Rio Branco. Em 1977, com o financiamento majoritariamente da esfera

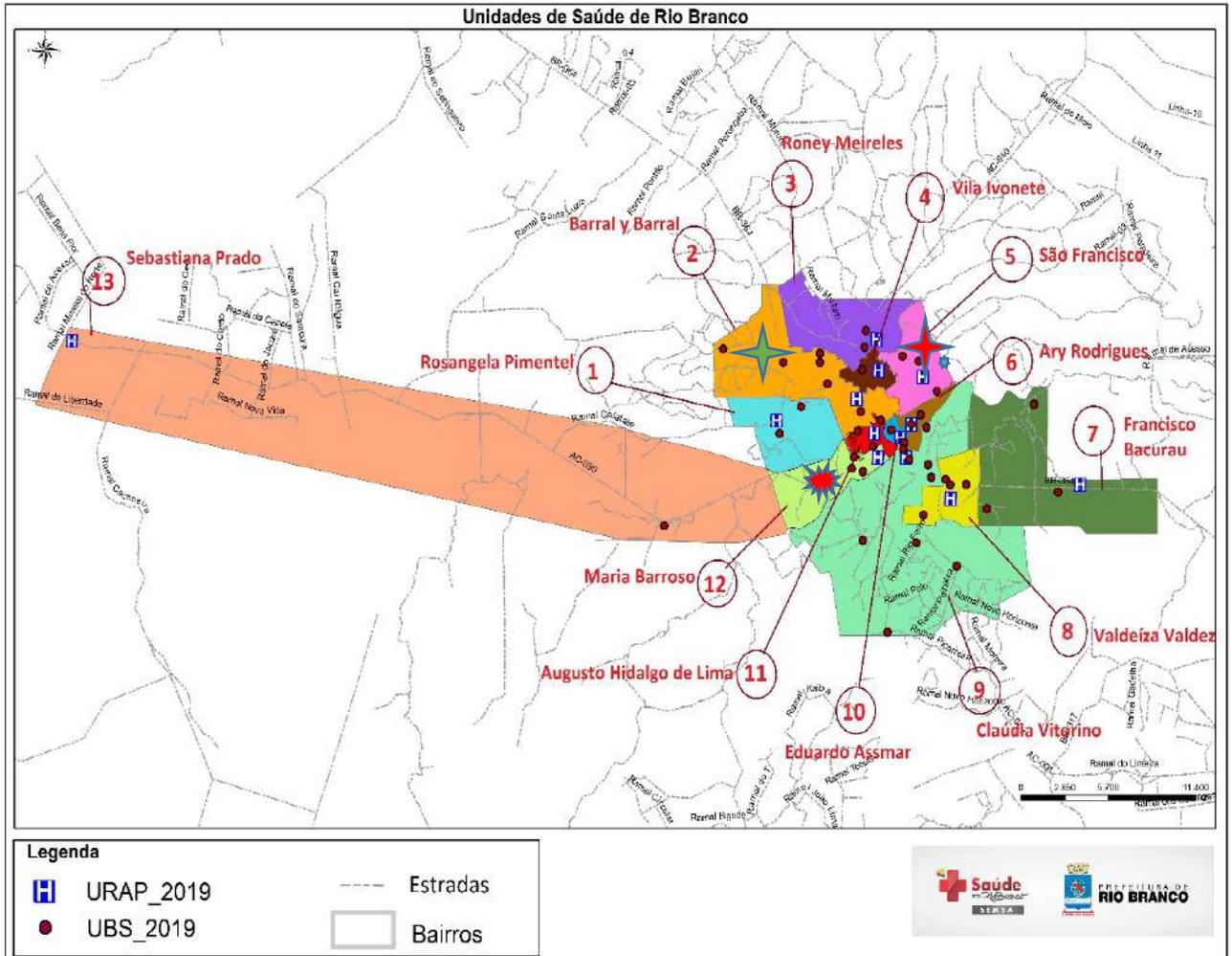
federal, e num período em que o estado se empenhava pela ampliação de sua rede hospitalar, projetou-se a implantação do hospital psiquiátrico, tendo este 50 leitos, nos quais 30 seriam destinados aos loucos e 20 leitos para os acometidos por tuberculose, contudo, pouco tempo após a inauguração, os 50 leitos foram destinados inteiramente aos loucos.

Em 1999, o Hospital Distrital teve o nome alterado para Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac), por meio do Decreto nº 436 de 17 de março, com o objetivo minimizar a carga negativa que o termo distrital desenvolvera no imaginário coletivo da população acreana, embora permanecesse como um manicômio (Klein & Zioni, 2015; Ferreira, 2006). Apresentamos a localização das Unidades Básicas de Saúde, sendo 43 e 13 Unidades de Referência da Atenção Primária (URAP)⁴⁵ na cidade de Rio Branco, e o acréscimo feito por nós dos símbolos que identificam alguns dispositivos da RAPS, CAPS ad III e CAPS II Samaúma, bem como a localização do Hosmac.

Figura 8

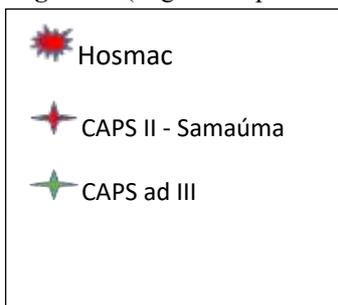
Unidades de Saúde e Dispositivos da RAPS de Rio Branco/AC

⁴⁵ No documento a nós enviado pela Semsas, consta 44 UBSs e 12 URAPs. Todavia, neste mapa, também enviado pela Semsas, é possível identificar 43 UBSs e 13 URAPs. De acordo com comunicação pessoal de A. da C. Moreira, posteriormente, uma UBS foi transformada em URAP.



Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (2019).

Legenda - (Alguns Dispositivos da RAPS de Rio Branco/AC – 2019/2020)



2.3 TIPO DE PESQUISA E AS FONTES DE DADOS

Este estudo caracteriza-se como exploratório e de campo. Neste sentido, pesquisas desta natureza buscam a ampliação do conhecimento sobre objetos, situações e/ou fenômenos pouco explorados pelas áreas de pesquisa. A modalidade de pesquisa que elegemos como norteadora deste trabalho foi a pesquisa documental. Os documentos são fontes que podem nos revelar sobre determinado fenômeno, pensamentos e condições materiais e de existência de uma época. Os registros sejam de cunho pessoal, iconografias, documentos oficiais, jurídicos ou de outras

fontes podem ser materiais que resguardam importante parte da história, basais para a compreensão da realidade, situações ou fenômenos, no presente (Lakatos & Marconi, 2010).

Cunha (1986) dá ênfase a este potencial de fontes documentais enquanto reveladoras de experiências e histórias que desvelam as vozes de um coletivo. Os documentos usados em sua pesquisa de doutorado, os prontuários do hospital psiquiátrico Juquery, textos, desenhos, deram vida às histórias vividas no interior do manicômio, as renúncias, o abandono, a violência. No relato da pesquisadora, o contato com os arquivos, denunciaram a “dimensão da miséria social e individual que o material de pesquisa testemunha” (Cunha, 1986, p. 17). Os arquivos são disparadores de diversas facetas de um mesmo fenômeno e se apresentam como uma infinidade de possibilidades de leituras e análises. Diante da potencialidade dos documentos, a autora ressalta o recorte para viabilidade da pesquisa uma vez que materiais, como os prontuários do Juquery, possuíam uma dimensão que parecia ser inatingível, o que leva ao pesquisador a necessidade de realizar escolhas para que o trabalho se torne viável e factível.

Neste sentido, partimos do princípio de que os arquivos foram nossa matéria-prima, neste estudo. As diferentes fontes nos indicaram as implicações da loucura na sociedade rio-branquense e o modo como se deu essa relação ao longo de décadas. Ainda sobre pesquisas que se propõem ao labor da construção e análise histórica, Moura (2008) destaca que pesquisas desta natureza, possibilitam o conhecimento e a compreensão de fenômenos e suas interfaces sociais, econômicas, culturais, ideológicas, revelando, às vezes, um passado que, por meio de novas leituras ou reflexões, permitem a construção dos caminhos percorridos e os engendramentos dos diferentes aspectos deste objeto ou fenômeno estudado, sendo possível apontarmos seus avanços, desafios, retrocessos.

O marco temporal que elegemos para este estudo baseou-se na data de 1978, ano de inauguração do hospital psiquiátrico, construído em Rio Branco. Como período final de levantamento, definimos pelo ano da implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para o cuidado às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes da cidade de Rio Branco/AC, o CAPS II Samaúma, no ano de 2018⁴⁶. Partimos da ideia de que esta lacuna de tempo da construção de uma instituição manicomial à implantação deste dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na cidade de Rio Branco nos auxiliaria nas reflexões deste estudo. Elegemos o levantamento de múltiplas fontes, tais como: jornais de circulação em Rio

⁴⁶ Vale ressaltar que o primeiro CAPS implantado em Rio Branco foi um CAPS ad II em 2002. Por mais de uma década os serviços substitutivos implantados estavam voltados, apenas, para o público em uso abusivo de álcool e outras drogas. As pessoas em sofrimento psíquico em função de outros acometimentos permaneciam sendo atendidas no Hosmac.

Branco a partir do ano de 1978 que se encontram digitalizados e disponíveis na Hemeroteca Digital – Biblioteca Nacional Digital; jornais digitais⁴⁷, os dois mais acessados pela população de Rio Branco⁴⁸, ac24horas e Portal G1 globo Acre; Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco; os prontuários (internação e ambulatório) do Hosmac. Vale frisar que submetemos o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, tendo como resultado a aprovação por meio do Parecer Consubstanciado do CEP, registrado sob o número 3.764.009.

O universo de documentos reflete como tem sido abordada a loucura e as políticas públicas de saúde mental, na capital acreana, Rio Branco, por diferentes prismas. Para conhecer essa história, a qual nos propomos resgatar e compor, detalharemos os documentos selecionados a serem analisados e as justificativas para tais seleções:

- a) O projeto de construção do hospital psiquiátrico e/ou documentos oficiais da criação desta instituição.

Um dos entraves na pesquisa de campo reside na dificuldade de encontrarmos os documentos, especialmente quando a fonte primordial da pesquisa é documental. Solicitamos por diversas vezes ao Hosmac o projeto de construção do hospital, na época denominado Hospital Distrital, fomos informadas de que este projeto não existia nos arquivos do hospital. Buscamos por alguns departamentos da Sesacre, que nos encaminhavam a outros departamentos, e a resposta ao final era de que desconheciam a existência desse projeto. Não conseguimos encontrá-lo ao longo de nossa pesquisa de campo, o que dificultou saber a respeito das condições e sob quais auspícios foi designado a construção e inauguração de um manicômio, exatamente na efervescência da reforma sanitária e reforma psiquiátrica, no Brasil.

- b) Prontuários dos usuários, de internação voluntária, involuntária e compulsória, para identificar dados sociodemográficos – raça/cor, etnia, gênero, idade, escolaridade, renda/condições socioeconômicas, profissão/ocupação (inserção no mercado de trabalho), procedência (local de origem do usuário, cidade, bairro), hipótese diagnóstica (ou motivações para internação), encaminhamentos, tempo de internação, tipo de internação, reinternação, que nos permitiram traçar um perfil das pessoas que, em algum momento, foram consideradas

⁴⁷ O levantamento dos jornais digitais foi até o ano de 2020, em razão de serem de mais recente circulação e por corresponder ao ano de início da coleta dos dados deste estudo.

⁴⁸ Verificamos o acesso pelos algoritmos que demonstravam o número de acessos às plataformas. Além deste aspecto, consultamos alguns jornalistas e pesquisadores da área de mídias, que confirmaram as informações sobre os dois jornais digitais mais acessados pela população rio-branquense, no período desta pesquisa.

loucas, e, por isso, internadas. Em um primeiro momento, apenas os prontuários de internação seriam utilizados na pesquisa. Contudo ao adentrar o campo, fomos informadas de que todos os prontuários anteriores ao ano de 2001 haviam sido incinerados, prática da instituição realizada a cada 20 anos, conforme revelado pela gerência do hospital. Diante da falta de prontuários de internação dos anos de 1978 a 2000, decidimos buscar uma amostra dos prontuários deste período, dos pacientes atendidos no ambulatório do Hosmac.

Neste sentido, do ano de 1978 a 2000, selecionamos os prontuários do ambulatório; e, referentes aos anos de 2001 a 2018, selecionamos prontuários de internação. Não buscamos realizar uma análise comparativa dos dados do ambulatório e da internação, mas em certa medida foram complementares. Foi possível identificar que os pacientes da internação comumente eram encaminhados para serem acompanhados em ambulatório, e identificamos que parte dos pacientes atendidos no ambulatório internou-se no Hosmac, conforme os registros nos prontuários. Todavia, como anotávamos os números dos prontuários, convém enfatizar que não houve repetição de prontuários em nossa amostra. Levantamos informações de 602 prontuários, sendo 355 prontuários de internação (2001 a 2018) e 247 prontuários de ambulatório (1978 a 2000).

Os prontuários de internação encontravam-se arquivados num pequeno espaço do hospital e os prontuários de ambulatório estavam arquivados no SAME do Hosmac. Para o levantamento dos prontuários e por não conhecermos o universo dos documentos, a quantidade, as condições do material, recorremos a uma técnica de amostragem não probabilística, por conveniência ou acidental utilizada quando não conhecemos o universo total da população ou marco amostral, assim é selecionada a amostra que seja acessível (Campos, 2015). Com efeito selecionamos aleatoriamente os prontuários, por ano, que estava identificado nas pastas arquivos, em envelopes e sacos plásticos. Consideramos, selecionar um número semelhante de prontuários para cada ano, em torno de 20 prontuários por ano, levando em conta as condições de manuseio e tempo de permanência nas dependências do hospital, uma vez que havia restrições sanitárias em razão da pandemia da COVID-19. Desta forma, tencionávamos conhecer o panorama e o perfil do universo estudado, neste caso, as pessoas que foram internadas ou atendidas no ambulatório do hospital psiquiátrico de Rio Branco (Hosmac).

c) Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, período de 1991 a 2018. Definimos o ano de 1991 como marco inicial deste levantamento em função do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco ter sido estabelecido por meio da Lei nº. 964 de 8 de outubro de 1991 e alterado em 2013 pela Lei 2.024 de 13 de dezembro, da Prefeitura Municipal de Rio Branco, com base na Lei n. 8.142 (1990) da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Contudo, em nosso levantamento, encontramos apenas as atas de 2004 a 2018, totalizando 155 atas analisadas, que estavam arquivadas numa sala na qual funciona o Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco, localizada em um anexo à Secretaria de Obras do Município de Rio Branco. O Conselho de Saúde é o espaço fundamental para o controle social, pedra angular das políticas públicas de saúde, quanto à fiscalização, ao acompanhamento dos investimentos do dinheiro público nos diferentes âmbitos da saúde e na elaboração de políticas públicas condizentes com as necessidades da população. Justificativa para conhecermos quais as discussões estavam em pauta no Conselho acerca da loucura e saúde mental no âmbito da gestão municipal de saúde de Rio Branco, quais princípios norteavam as questões de saúde mental em tais reuniões, qual importância possuíam nos encaminhamentos neste campo da saúde.

d) Outra fonte documental são os jornais de circulação local, que divulgaram matérias, notas e reportagens relacionadas à loucura, à saúde mental, ao cuidado ou à assistência às pessoas com transtornos mentais, elencamos os periódicos a partir de 1978⁴⁹. Os jornais analisados foram os de circulação no município de Rio Branco, disponíveis na Hemeroteca da Biblioteca Nacional Digital⁵⁰, são eles: *Repique* (1984-1985), *O Estado do Acre* (apenas o ano de 1978 uma vez que este é o último ano que apresenta material digitalizado na Hemeroteca e corresponde ao ano de início de nosso recorte temporal), *O Gafanhoto* (1984-1985), *Diário do Acre* (1982-1984) e *O Jornal* (1974-1982). Elencamos também as notas ou matérias de jornais eletrônicos, considerados os mais acessados pela população de Rio Branco, nosso levantamento nesta fonte de dados, teve como marco temporal inicial o ano 2001, em razão de ter sido o ano de promulgação da Lei Federal nº. 10.216/2001. No ac24 horas, encontramos matérias e notas de 2011 a 2020 e no Portal G1 Globo Acre de 2014 a 2020.

Utilizamos os seguintes descritores para os jornais encontrados na Hemeroteca da Biblioteca Nacional Digital: loucura, louco, hospital distrital, hospital psiquiátrico, doença mental, doente mental. Enquanto os descritores: loucura, louco, hospital distrital, hospital psiquiátrico, Hosmac, transtorno mental, doente mental e saúde mental foram utilizados para o levantamento nos jornais eletrônicos, ac24 horas e G1 globo Acre. Alguns descritores são distintos em função da alteração do nome do hospital e por terminologias empregadas recentemente, tendo em vista que o recorte temporal é diferente no que concerne às fontes

⁴⁹ Ano de inauguração do então Hospital Distrital, atual Hosmac.

⁵⁰ Não encontramos na Hemeroteca jornais com publicações posteriores ao ano de 1985 em circulação em Rio Branco.

mediáticas. Na referida Hemeroteca, após os resultados filtrados, obtivemos 41 matérias e notas. Dos jornais *online*, após resultados filtrados, obtivemos 64 matérias e notas.

Planejamos para esta etapa a investigação documental com o intuito de levantar o material de cunho jornalístico, como têm sido e como foram difundidos os discursos sobre as questões relacionadas à loucura, ao louco, à saúde mental e ao cuidado e à assistência em saúde mental neste território. Temos, então, diferentes arquivos para uma leitura atenta na qual podemos pensar historicamente o lugar social da loucura em Rio Branco por três diferentes vias, sendo uma delas os arquivos referentes ao hospital psiquiátrico (Hosmac) de Rio Branco; a outra é a perspectiva da gestão e o controle social, por meio das atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco; e, por fim, a fonte midiática jornalística bastante significativa para observarmos como se disseminam a temática loucura e/ou saúde mental.

Partimos do pressuposto que os prontuários poderiam nos auxiliar a traçar o perfil da população atendida no hospital psiquiátrico em Rio Branco, e assim, pensar sobre esse lugar para o qual destinaram os loucos por décadas, bem como questionamentos embasados nos pilares da reforma psiquiátrica. Sobre os posicionamentos do controle social quanto à saúde mental em Rio Branco, buscamos analisar quais apontamentos, debates, solicitações, encaminhamentos foram feitos no que tange a saúde mental e seus serviços, atentando para quais categorias profissionais e/ou membro da comunidade, enquanto conselheiro ou usuário do Sistema Único de Saúde realizavam questionamentos, discussões e/ou encaminhamentos. Verificamos também os posicionamentos nos debates, inclusive de temáticas afins. Por exemplo, houve a defesa dos princípios da reforma psiquiátrica? Houve a defesa da manutenção do manicômio (Hosmac)? Existiu a preocupação com o investimento nos serviços substitutivos (RAPS)? Quais as principais pautas e/ou reivindicações no âmbito da saúde mental. Sobre o papel da mídia é inegável seu papel no que diz respeito ao imaginário social em relação às diversas temáticas e pela forma como difundem em seus meios de comunicação.

2.4 OS ENTRAVES DA PESQUISA DE CAMPO

Inicialmente, tínhamos um cronograma para entrada em campo e o começo do levantamento dos dados, contudo, a pandemia da Covid-19 cujo início foi decretado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2020, e em 11 de março daquele ano no Brasil. Decreto ainda não revogado, pois ainda nos encontramos em situação de pandemia da Covid-19. Esta emergência sanitária atrasou a entrada no campo de pesquisa, uma vez que algumas atividades presenciais só voltaram a acontecer em Rio Branco, no ano de 2021. Diante do

exposto, a entrada em campo apresentou restrições de tempo de permanência nos locais, especialmente quando se tratou de nosso ingresso no Hosmac para o levantamento dos prontuários. Dessa forma, devido às limitações impostas pela pandemia, o tempo não se revelava um aliado neste processo da pesquisa⁵¹.

A despeito das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco, ao iniciarmos a busca pelas atas, também tivemos a informação de que não havia atas anteriores ao ano de 2004, a secretaria do Conselho não soube informar onde as localizar. Fomos algumas vezes na Secretaria Municipal de Saúde que nos encaminhou de volta à secretaria do Conselho Municipal de Saúde, pois também desconheciam o paradeiro das atas de 1991 a 2004. Seria, então, mais uma lacuna temporal que não teríamos como obter os documentos, parte da história que não poderíamos contar. Enviamos alguns endereços eletrônicos para a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, infrutiferamente.

Quanto aos prontuários, logo ao adentrarmos neste campo fomos informadas de que os prontuários de internação dos anos de 1978 a 2000 haviam sido incinerados com base em suporte legal que autorizava o descarte de documentos com mais de 20 anos. Atualmente, nos arquivos do Hosmac, existem apenas prontuários de internação a partir do ano de 2001. Tendo esta informação, surgiu um questionamento de como deveriam ocorrer tais descartes de prontuários e quais trâmites deveriam seguir. Haja vista a existência de recursos tecnológicos suficientes para a construção de um arquivo digitalizado desses prontuários, uma vez que podem ser requeridos pelos pacientes, além do seu valor para dados epidemiológicos, científicos, sociais e culturais no que diz respeito ao percurso da Saúde Mental no estado do Acre. Em consulta ao ordenamento jurídico brasileiro, deparamo-nos com a Lei nº 5.433/1968, ainda em vigor, que regulamenta a microfilmagem de documentos oficiais, ou seja, autoriza que seja feita a captação de imagem de documento por processo fotográfico. A legislação informa ainda acerca da possibilidade de incineração dos documentos microfilmados e orienta sobre a necessidade de lavratura de termo por autoridade competente em livro próprio, como forma de organizar e registrar esse descarte.

Seguindo com as consultas no ordenamento jurídico nacional, encontramos resoluções do próprio Conselho Federal de Medicina (CFM) que orientam quanto à guarda de prontuários.

⁵¹ Durante o tempo de isolamento social, realizamos as buscas do eixo mídia, levantando os jornais disponíveis na Hemeroteca e os dois jornais digitais. Contudo, ao perceber a lacuna de tempo que tínhamos sem publicações, de 1985 a 2011, pensamos em buscar os jornais impressos que circulavam neste período na cidade de Rio Branco/AC, contudo, mais uma vez não havia essa possibilidade em razão destes jornais não estarem recebendo presencialmente os pesquisadores, pois teríamos que levantar estas publicações nos arquivos dos jornais, assim tornando inviável a obtenção destes dados, considerando também o tempo dessa etapa da pesquisa.

No percurso cronológico, foi publicada em 1989 a Resolução nº 1331 que trazia numa de suas considerações o fato da “não existência de regulamentação específica sobre o prazo de manutenção do prontuário médico”. Outra consideração a ser destacada refere-se ao caráter do prontuário uma vez que é “elemento valioso para o paciente e a instituição que o atende, para o médico, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços de saúde pública, servindo também como instrumento de defesa legal”.

A Resolução de 1989 do CFM destacava o tempo de guarda de, no mínimo, 10 anos, podendo ser substituído por outro método de registro, pode se traduzir como técnicas de microfilmagem, por exemplo, amparadas pela Lei Federal nº 5.433/1968. Porém, essa Resolução nº 1.331/1989 do CFM foi revogada pela Resolução nº 1.639/2002, também do Conselho Federal de Medicina, e aborda a regulamentação técnica para o uso de sistema informatizado de guarda e manuseio de prontuários e traça uma nova temporalidade para a guarda desses documentos. De acordo com esta resolução o tempo de guarda passa a ser de no mínimo 20 anos, a partir do último registro e devendo ser submetido à avaliação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos e Comissão de Revisão de Prontuários, antes de ser efetuado o descarte.

A Resolução nº 1.639/2002 do CFM foi revogada pela Resolução nº 1.821/2007 da mesma entidade e alterada pela Resolução nº 2.218/2018. Merece destaque que a resolução 2007 ainda esteja em vigor, a alteração de 2018 apenas revoga um artigo, mas não a revoga por completo. Assim, a Resolução 1.821/2007 do CFM trouxe alguns pontos interessantes sobre o descarte de prontuários. Um dos pontos diz respeito a critérios de segurança digital para a guarda de documentos digitalizados, e reitera a necessidade de submissão à análise de Comissão de Revisão de Prontuário para a eliminação de prontuários microfilmados e o prazo mínimo de 20 anos a partir do último registro.

É notório que existe um prazo mínimo para a guarda de prontuário, hoje compreendido pelo tempo de 20 anos, levando em conta o último registro em prontuário, no entanto, são diversas as orientações técnicas do Conselho Federal de Medicina para que sejam obedecidos alguns critérios mínimos para a realização do descarte, como a necessidade de lavrar a termo, como meio de registrar e controlar o percurso dos prontuários arquivados, considerando o caráter relevante para o ensino, a pesquisa e os serviços de saúde pública. Cabe apontar que ainda existem dúvidas quanto à condução desse processo de descarte dos prontuários no âmbito da saúde no estado do Acre devido à dificuldade de acesso às informações detalhadas sobre esse trâmite. Contudo, podemos observar, a partir desse breve passeio pela legislação, que deve existir um cuidado no manuseio e na guarda dos prontuários, *vide* a necessidade de se preservar

e garantir os direitos dos usuários dos serviços de saúde, o acompanhamento da evolução clínica dos pacientes, a condução epidemiológica do processo saúde e doença, o percurso histórico, cultural e institucional da evolução da saúde dentro do território, seja municipal, estadual ou nacional.

Em nosso desenho inicial de pesquisa, trabalharíamos apenas com os prontuários de internação, mas, diante desta informação, tivemos de readequar o levantamento destes dados, e decidimos consultar os prontuários de pacientes atendidos no ambulatório do Hosmac, apesar dos entraves, uma vez que estes não são organizados por ano, mas por lotes. Carecíamos de uma estratégia para a obtenção desses dados de prontuários de pacientes que haviam sido atendidos entre os anos de 1978 e 2000, e, por esse motivo, solicitamos uma amostra dos lotes mais antigos até quando começassem a surgir os prontuários referentes aos anos 2000. Com base nessa estratégia, nós teríamos uma representatividade mais fidedigna deste período.

Os prontuários mais antigos encontrados, do ambulatório, foram referentes aos anos de 1980 e realizamos o levantamento até o ano 2000. Parte significativa dos prontuários estava em condições de difícil manuseio, enquanto os do ambulatório estavam deteriorados, os de internação estavam empilhados num pequeno espaço do hospital, em sacos plásticos ou pastas e arquivos com a identificação por ano, encontravam-se úmidos, apresentavam mofo e havia insetos no local. Usamos luvas e máscaras continuamente para o manuseio do material. A dificuldade não ficava circunscrita apenas as condições físicas dos prontuários, mas, sobretudo, as poucas informações contidas neste material, como o não preenchimento de parte dos dados, outros que não constavam na estrutura do prontuário, escritas ilegíveis, o que exigia de nós ainda mais tempo debruçadas sobre o material, realizando uma verdadeira garimpagem dos dados, por vezes em prontuários de 15, 20 páginas, contendo basicamente a prescrição de medicamentos. Algumas informações conseguíamos através da leitura das admissões dos pacientes, descritas pela equipe de enfermagem. Além de todos estes aspectos, aconteceu a interrupção do trabalho, durante o tempo que ficamos no hospital, para sermos questionadas por alguns funcionários do hospital sobre o que pensávamos do Hosmac. Em contrapartida, insurgiam em defesa do hospital dizendo que a instituição era necessária para a população; argumentavam que o fato de ser o único hospital psiquiátrico do estado do Acre deveria receber mais investimentos; orgulhavam-se de serem referência para outros estados e países vizinhos. Havia, portanto, uma necessidade de afirmação do quanto eram imprescindíveis, e parecia se sentirem ameaçados com a nossa presença no local. Driblar os questionamentos, mantendo nossa defesa da reforma psiquiátrica, sem minar o trabalho de pesquisa, requeria disposição e maleabilidade. Apesar dos frequentes questionamentos, houve cooperação por parte da equipe

que nos recebeu, especialmente na figura de um enfermeiro, que nos passava as informações prontamente sempre que solicitávamos, e encontrava sempre algum lugar adequado para podermos manusear os prontuários, uma vez que os espaços como sala de reunião, consultórios, comumente estavam ocupados.

Para trabalhar com os prontuários, optamos por fazer o registro em Word, pois assim facilitaria também as possíveis anotações e destaques com base nos registros dos prontuários. Posteriormente, transcrevemos este material para planilhas eletrônicas Excel. Na planilha dos 355 prontuários de internação do Hosmac, tabulamos os seguintes dados: idade, gênero, estado civil, escolaridade, profissão/ocupação, cidade de origem, endereço/bairro, tipo de internação, reinternação, tempo de internação, hipótese diagnóstica e encaminhamentos. Tabulamos também os 247 prontuários do ambulatório em planilha Excel separada do material de internação, utilizando os seguintes descritores: idade, gênero, estado civil, escolaridade, profissão/ocupação, cidade de origem, endereço/bairro, ano de ingresso no serviço, tempo de tratamento/acompanhamento, internação, hipótese diagnóstica e encaminhamentos. Após a tabulação dos 602 prontuários, geramos os gráficos de cada descritor, da internação e do ambulatório.

Nesta etapa da pesquisa, constatamos uma série de dificuldades quanto aos registros, contudo, percebemos ser possível traçar um perfil das pessoas que haviam sido internadas no Hosmac entre os anos de 2001 e 2018, e também dos atendidos no ambulatório entre os anos de 1980⁵² e 2000. Todavia, esses registros tinham lacunas significativas, inviabilizando caracterizações importantes como recortes relacionados à raça/cor⁵³, à etnia e renda/(às) condições socioeconômicas, descritores que não apareciam na estrutura dos prontuários, impossibilitando a análise de um importante desenho para o âmbito das políticas públicas de saúde mental, relacionadas aos aspectos étnicos raciais e de classe social. Tendo ainda registros inconsistentes de alguns outros itens que, por vezes, tivemos de registrar como não consta/não informado, como, por exemplo, estado civil, escolaridade e profissão/ocupação, comprometendo uma análise mais aprofundada de possíveis questões a serem suscitadas.

Outras informações como o item internação para os prontuários do ambulatório nem sempre foram possíveis de serem identificadas nos registros, por isso, era necessário fazer a leitura de todo o prontuário para verificar se havia existido, em algum momento, o registro de

⁵² Nosso recorte temporal era 1978, contudo, os prontuários mais antigos encontrados eram referentes ao ano de 1980.

⁵³ Este critério deve existir e ser preenchido nos prontuários, documentos do âmbito da saúde, seguindo a disposição da Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, que discorre sobre a obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde.

internação no relato do médico, da equipe de enfermagem ou mesmo segundo informação do paciente. O descritor reinternação nos prontuários de internação também não era expresso com clareza, fazia-se necessário verificar a descrição da admissão, feita pela equipe de enfermagem, quando escreviam se o paciente estava sendo admitido ou readmitido. Outra dificuldade residiu nos encaminhamentos, visto que também surgiu poucas vezes nos registros, mas assinalamos sempre que aparecia.

Quanto à identificação do item, hipótese diagnóstica, também se revelou uma tarefa árdua, uma vez que os registros constam dezenas de hipóteses diagnósticas, especialmente os registros do ambulatório, pois, nos registros de internação, havia um campo no prontuário para ser preenchido, tendo assim a identificação mais acessível. Quanto ao critério, hipótese diagnóstica, dos registros do ambulatório, decidimos por adotar a primeira hipótese relatada em prontuário. Outro aspecto bastante controverso nos prontuários de internação recai nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de internação voluntária, assinados pelos pacientes. Parte relevante dos prontuários apresentava o termo assinado pelo paciente, contudo, ao lermos o relato da admissão ou readmissão, na maioria das vezes as pessoas haviam sido conduzidas ao Hosmac pela PM, pelo SAMU ou por algum familiar ou amigo. Portanto, há controvérsias nestes registros de internação e reinternação voluntária. Além das dificuldades elencadas com os prontuários, oportuno enfatizar que também buscamos o projeto de construção do Hosmac e os documentos que a viabilizaram no final da década de 1970, não os tendo encontrado, conforme fartamente expresso anteriormente neste trabalho.

2.5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Apresentamos os resultados a partir dos três segmentos de documentos pesquisados, as matérias e notas dos jornais da Hemeroteca e dos jornais digitais e atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco/AC, por meio de tabelas e excertos das atas e matérias e notas. Enquanto os dados sobre os prontuários do Hosmac, de internação e ambulatório, exibimos os resultados por meio de gráficos. Os gráficos dos prontuários de internação foram subdivididos nos seguintes tópicos: idade, gênero, estado civil, escolaridade, profissão/ocupação, cidade de origem, endereço/bairro, tipo de internação, reinternação, tempo de internação, hipótese diagnóstica e encaminhamentos. Sobre os prontuários do ambulatório, foram expostos de acordo com os seguintes tópicos: idade, gênero, estado civil, escolaridade, profissão/ocupação, cidade de origem, endereço/bairro, ano de ingresso, tempo de tratamento/acompanhamento, internação, hipótese diagnóstica e encaminhamentos. A leitura e

a discussão desses dados foram realizadas com base na legislação brasileira das Políticas Públicas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, pelos princípios da reforma psiquiátrica, à luz das concepções de mundo e sociedade pela ótica da historicidade, seus paradoxos e da materialidade que constitui os anseios e as necessidades de uma sociedade.

A recuperação de fontes documentais⁵⁴ que atravessam décadas corrobora com nossa busca de conhecer e refletir sobre o fenômeno da loucura na capital acreana, Rio Branco, uma vez que a vida e a sociedade estão entrecruzadas na e pela materialidade histórica. Tínhamos, dessa maneira, como mote a história, o retorno ao passado, para nos propiciar a compreensão sobre os fundamentos que compõem a organização social e o movimento das contradições dessa sociedade, desvelando como estes meandros contribuíram para a construção e designação do lugar social da loucura em Rio Branco.

⁵⁴ É mister frisar que todos os excertos das fontes documentais, bem como as obras (pinturas e poemas) utilizados neste trabalho foram reproduzidos conforme estavam apresentados e/ou descritos.

Figura 9

*Ordem da Iluminação da Rosa Verde no Alto Céu Universal da Grandeza Cósmica da Estrela Oriental*⁵⁵. Pintura de Ivanilson Sousa.



Acervo do próprio artista.

3 AS REPRESENTAÇÕES DISCURSIVAS NA MÍDIA RIO-BRANQUENSE SOBRE A LOUCURA

⁵⁵ De acordo com Ivanilson, essa pintura foi inspirada em seus estudos sobre sítios arqueológicos da Civilização Maia. O título da tela foi uma referência às vertentes da Ayahuasca e União do Vegetal, bem como da Maçonaria, estava imerso em tais aspectos de espiritualidade e religiosidade dessas vertentes. Em seu relato sobre esse material, enfatiza a frustração e a tristeza por qual passava por não ter tido seu projeto cultural aprovado pela Fundação de Cultura Elias Mansour, localizada no município de Rio Branco e que fomenta atividades culturais.

O Lugar de Fala

Eu quero falar por mim, quero falar e quero que me escutem, quero falar e quero que me olhem, quero falar e pelo menos por um minuto existir para o outro, porque para quem nunca importa a ninguém, um minuto sendo escutado pelo outro parece viver outra vez. (Ivanilson Sousa)⁵⁶

Ao retratarmos o funcionamento do discurso da mídia sobre a saúde mental, vale salientar que refletimos sobre o campo da comunicação e saúde. As mídias, de forma geral, não apenas influenciam consideravelmente o comportamento das pessoas, assim como o imaginário social e suas representações sobre diversos fenômenos. O impacto da mídia na sociedade, quando se trata de saúde, pode ser carregado de aspectos positivos e negativos. Assim como pode influenciar para mudanças de hábitos, comportamentos que auxiliem na promoção e prevenção de saúde, também há a possibilidade de desdobramentos carregados de preconceitos e estigmas.

Neste sentido, lembramos o conceito de saúde de Scliar (2007, p. 30), o qual reitera a complexidade em definir uma vez que vem no bojo da “conjuntura social, econômica, política e cultural” demonstrando, dessa forma, que saúde tem diferentes representações para as diferentes populações, pois estaria associada com o período histórico, o lugar e a classe social. Assim, a concepção de doença seguiria esta perspectiva, pois depende de diferentes enfeixamentos sociais, culturais, científicos, religiosos e filosóficos. O autor ainda nos lembra das críticas à Organização Mundial de Saúde (OMS) quando em 1948 definiu saúde como o “estado de completo” bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. Tida como um conceito utópico e difícil de ser atingida pelos serviços de saúde. A Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde realizada na cidade de Alma-Ata, no ano de 1978, retoma as discussões sobre a conceituação de saúde e enfatiza os impactos na saúde com base nas desigualdades sociais, desigualdades dos sistemas de saúde dos países, a responsabilidade dos governos em assegurar o direito à saúde e a necessidade de participação social no planejamento dos cuidados à saúde. Por esta ótica, a saúde está atrelada ao desenvolvimento social e econômico do país, sendo assim a priorização dos cuidados primários de saúde uma proposição política.

Tendo como base essa proposição política de saúde, não podemos deixar de destacar que a Constituição Federal de 1988 não problematiza o conceito de saúde, mas assegura que:

⁵⁶ Poema recitado por Ivanilson Sousa em oficina de livre expressão artística, em 2018, realizada no Centro de Convivência e Cultura Arte de Ser.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação.

Com efeito, a função dos textos jornalísticos precisa levar em conta as informações sobre saúde que são transmitidas e o efeito que causam na sociedade. De acordo com Mendonça, F. Sousa, Renaud, & de L. Sousa (2021), realizar comunicações relacionadas à saúde é sempre bastante difícil, pois requer do profissional a capacidade de comunicar e lidar com um “conjunto complexo de informações” (p. 79), uma vez que informações sobre saúde estão comumente imbuídas de diferentes vieses técnico-científicos, como também podem denotar interesses econômicos, políticos e sociais, a exemplo de indústrias farmacêuticas, quando se trata de divulgar determinados tipos de informação. Ainda sobre a prática jornalística, Marrucci (2007, p.188) relata:

A prática jornalística tem caráter institucional. Ao noticiar um evento inesperado, possível e/ou previsível, o jornal investe na memória e o relaciona a eventos ocorridos anteriormente. Promovendo uma ordem, organiza filiações de sentidos possíveis para o acontecimento não apenas em termos de uma memória, mas no que diz respeito aos desdobramentos futuros ... o discurso jornalístico produz explicações que propiciam que um determinado fato seja digerido para os leitores. Assim, cria um efeito de encadeamento, uma ilusão de uma relação significativa entre causas e consequências para os fatos ocorridos, que propicia convencimento e envolvimento dos leitores.

Sobre os fenômenos de saúde difundidos pela mídia, Correia, Batista e Lofego (2018) defendem ser este um campo de disputa de saberes e os discursos neste contexto são permeados por conflitos que envolvem poder e hegemonia. Os autores revelam ainda que pautas relacionadas à saúde mental têm obtido repercussões na mídia, porém, alertam-nos que são abordadas de diferentes maneiras e difundem sentidos diversos sobre a loucura, o louco, os hospitais psiquiátricos, manicômios e os modelos de cuidados adotados.

Para Marrucci (2007), o texto jornalístico contribui para a “constituição do imaginário social e para a cristalização da memória do passado e a construção da memória do futuro” (p. 188). A enunciação de textos na mídia parte de um lugar que é construído historicamente, em nome de determinados grupos e/ou segmentos sociais, marcando mais uma vez este campo como disputa por um lugar de poder e hegemonia. Desta maneira, o discurso jornalístico que se diz isento na transmissão de informações, que reivindica para si a concepção de neutralidade,

na verdade, repercute informações que podem ser aceitas pelo público como verdades absolutas, tendo em vista o lugar de autoridade do qual parte a enunciação do texto.

Com o intuito de demonstrar como tem ocorrido essa divulgação de informações sobre a loucura, elegemos as fontes midiáticas, jornais de circulação no município de Rio Branco, ao dispor na Hemeroteca da Biblioteca Nacional Digital, a saber: *Repique* (1984-1985), *O Estado do Acre* (1964-1978), *O Gafanhoto* (1984-1985), *Diário do Acre* (1982-1984) e *O Jornal* (1974-1982), conforme dito anteriormente. Elegemos também as notas ou matérias de jornais eletrônicos, considerados os mais acessados pela população de Rio Branco, Ac 24 horas (2011-2020) e Portal G1 globo Acre (2014-2020). Em relação aos jornais encontrados na Hemeroteca da Biblioteca Nacional Digital, utilizamos descritores já antes mencionados.

Reiteramos a importância das fontes midiáticas enquanto fundamentais na veiculação de ideias de determinados grupos e uma fonte histórica de um período que retrata as ideias, relações sociais e da vida material de uma sociedade, bem como o que elegem para ser difundido e, por vezes, reforçado à população.

3.1 MATÉRIAS E NOTAS DOS JORNAIS ACESSADOS NA HEMEROTECA DA BIBLIOTECA NACIONAL DIGITAL

Convém frisar que, apesar de alguns destes jornais terem publicações anteriores a 1978, apenas realizamos o levantamento a partir do ano de 1978 em virtude de nosso marco temporal estabelecido com a inauguração do hospital psiquiátrico de Rio Branco, na época nomeado, Hospital Distrital. Após análise de cada uma das matérias, notas, entrevistas, levantadas, conforme tabela acima, verificamos a necessidade de subdividir o material em categorias. Entendemos que esta forma de apresentar e organizar os dados nos auxiliem na melhor visualização do lugar social que foi ofertado à loucura, na mídia do final da década de 1970 e meados da década de 1980.

Diante desta leitura mais detida dos textos, emergiram então, duas principais categorias relacionadas com a temática loucura, foram elas: no campo da saúde com 41% do total das reportagens, a qual denominamos como Manicômio: o destino dos indesejáveis. No âmbito da criminalidade com 40%, categoria que nomeamos como, O Louco Perigoso nas Páginas Policiais. As demais categorias tiveram menor representatividade, e, então, elencamos como categoria Outros correspondendo aos 19% desta amostra⁵⁷.

⁵⁷ É importante pontuar que muitas notas, matérias, reportagens não possuíam autoria e, por isso, optamos por referenciar pelo nome do jornal, ano e edição, seguindo as normas acadêmicas da American Psychological

Tabela 2

Levantamento na Hemeroteca, a partir de 1978, dos jornais de Rio Branco.

Elaborado pela autora.

Jornal/Hemeroteca	Descritores⁵⁸	Resultados Obtidos	Resultados Filtrados
Repique (1984 – 1985)	Louco;	27	7
Diário do Acre (1982 – 1984)	Loucura;	160	25
O Jornal (1978 – 1982)	Doente Mental;		
O Estado do Acre (1964-1978)	Doença Mental;		
O Gafanhoto (1984 – 1985)	Hospital Psiquiátrico;		
	Hospital Distrital;		
TOTAL DE REPORTAGENS/MATÉRIAS/NOTAS		41	

3.1.1 Manicômio: o destino dos indesejáveis

Esta categoria tem sua expressão em textos nos quais surgiram os descritores utilizados para a pesquisa e se caracterizam por aspectos que englobavam o âmbito da saúde, aproximadamente 41% destes textos estão neste enquadre. Temos, por exemplo, três notas sobre a inauguração do hospital psiquiátrico de Rio Branco em 1978, seguem os excertos dessas notas⁵⁹:

O Governador Geraldo Mesquita inaugura o Hospital Distrital, situado no Aeroporto Velho, onde ficarão os pavilhões psiquiátrico, neurológico e pneumológico (custo da

Association (APA). Todavia, quando havia a possibilidade de identificação de autoria, referenciamos com o nome dos autores nas referências bibliográficas, ao final deste trabalho.

⁵⁸ Descritores utilizados em todos os jornais (Repique, Diário do Acre, O Jornal, O Estado do Acre, O Gafanhoto).

⁵⁹ Utilizamos o recorte de algumas reportagens a título de ilustração, considerando que algumas, pela imagem pouco nítida, dificultam a leitura. Contudo, optamos por deixar os fragmentos das reportagens, notas digitadas e utilizamos as imagens com o objetivo mais de ilustrar e assim o leitor possa compreender como eram a divulgação dessas matérias, reportagens e notas nos jornais de circulação em Rio Branco no final das décadas de 1970 e de 1980.

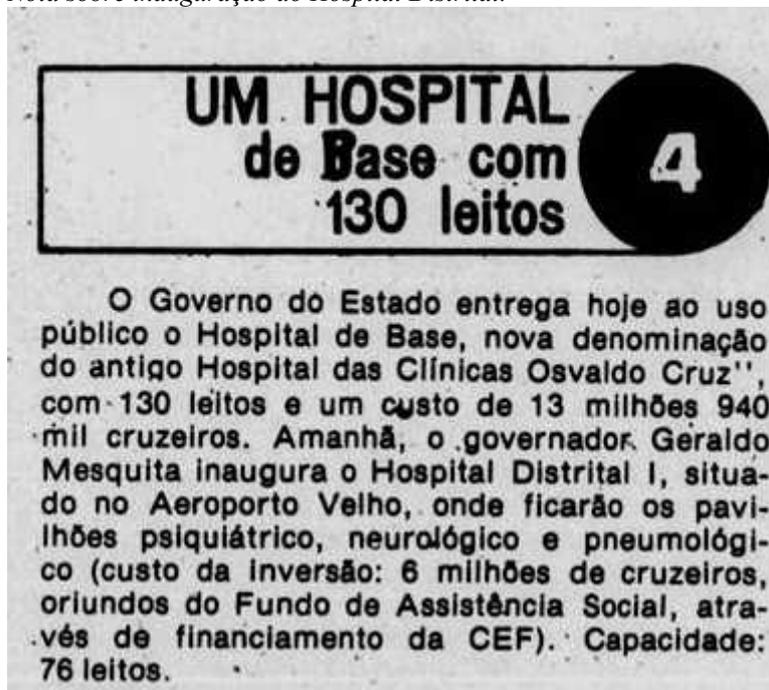
Inversão: 6 milhões de cruzeiros, oriundos do Fundo de Assistência Social, através do financiamento da CEF). Capacidade: 76 leitos (O Jornal, 1978, Ed. 73).

No Hospital Distrital 76 leitos estão à disposição da comunidade acreana. Amanhã, Mesquita inaugura o primeiro hospital do bairro do Aeroporto Velho (O Jornal, 1978, Ed. 73).

Hospital de Base, Centro de Hemoterapia, Hospital Distrital, são obras que marcam sobremaneira a atuação do governo Mesquita na área da saúde (O Jornal, 1978, Ed. 79).

Figura 10

Nota sobre inauguração do Hospital Distrital.



O Jornal, Ed. 073, 1978.

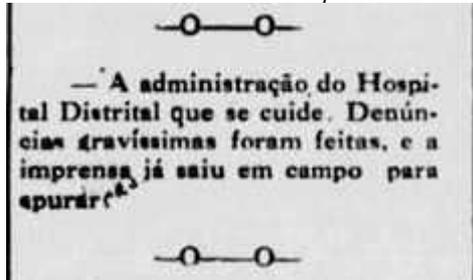
Vale destacar que essas notas anunciam a inauguração do hospital psiquiátrico de Rio Branco em 1978 e estão imbuídas de um caráter de conquista para a saúde pública do estado do Acre, inclusive exaltando o então governador da época, Geraldo Mesquita, pelo empreendimento. O Hospital Distrital, o qual abrigaria três especialidades, parecia ser um significativo feito deste governo. Contudo, é fundamental destacarmos este período que é conhecido como do início dos movimentos relacionados aos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. No bojo da Reforma Sanitária, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), período em que este movimento social encampado por profissionais da saúde mental, integrantes do movimento sanitário, sindicalistas, familiares de pacientes psiquiátricos

e pacientes que surgem as denúncias da violência no interior dos manicômios, a mercadorização da saúde com as instituições privadas e a mercantilização da loucura, assim denunciando este modelo hospitalocêntrico que vigorava no país no que diz respeito à assistência às pessoas com transtornos mentais ou que assim fossem consideradas. Inspirada pela Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana, por sua crítica à psiquiatria e ao modelo manicomial estabelecido quanto ao tratamento de pessoas com transtornos mentais, a experiência italiana apontava para outro caminho, de cuidado e, primordialmente, de um cuidado em liberdade, por meio de construção coletiva da reorientação assistencial em saúde mental (Tenório, 2002).

É, justamente, na efervescência da busca por mudanças no cenário nacional no que tangia a assistência às pessoas em sofrimento psíquico, que foi inaugurado o hospital psiquiátrico de Rio Branco. Contudo, não podemos deixar de considerar que este era um período no qual as informações tinham mais dificuldades de serem difundidas nesta região do país, tendo em vista o distanciamento geográfico e as limitações de meios de comunicação. Neste sentido, em Rio Branco a lógica manicomial se fortalecia com a inauguração do hospital psiquiátrico, na época denominado de Hospital Distrital uma vez que centravam-se na concepção de que a existência de complexos hospitalares seriam sinônimo de progresso.

Figura 11

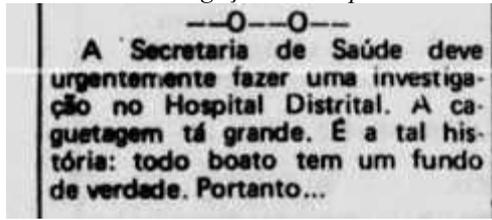
Nota sobre denúncias do Hospital Distrital



Diário do Acre, Ed.53, 1982.

Figura 12

Nota sobre investigação no Hospital Distrital



Diário do Acre, Ed.54, 1982.

Em 1982, uma pequena nota do jornal *Diário do Acre* na edição 53, denuncia: “A administração do Hospital Distrital que se cuide. Denúncias gravíssimas foram feitas, e a imprensa já saiu em campo para apurar”. Na edição 54 deste mesmo jornal em 1982, outra nota sobre as denúncias, “A Secretaria de Saúde deve urgentemente fazer uma investigação no Hospital Distrital. A caguetagem tá grande. É a tal história: todo boato tem um fundo de verdade. Portanto...”. Contudo, não aparece mais nenhuma nota ou reportagem que discorra sobre tais denúncias ou apurações sobre a situação. Mas é possível perceber que a utilização de termos como “caguetagem” denota o que a matéria queria repercutir, como se fosse uma denúncia pelo viés maldoso, para promover o descrédito de determinado grupo ou pessoa, inclusive por questões políticas.

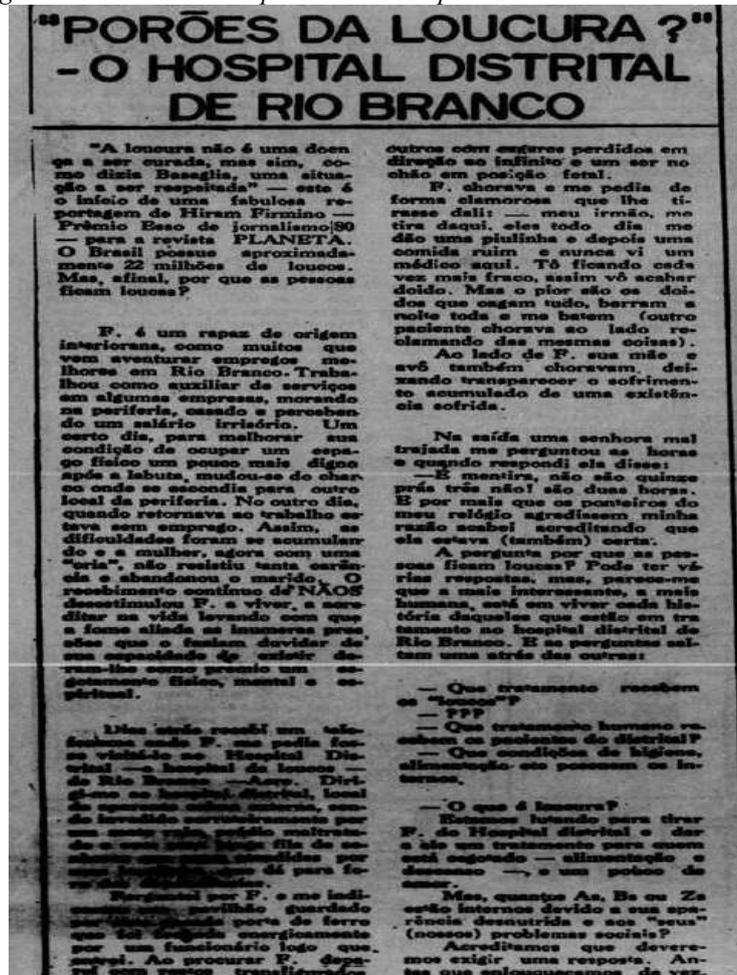
Apenas em 1983, na edição 215, o *Diário do Acre* divulga um texto no qual reflete sobre uma reportagem de âmbito nacional, *A loucura do hospital dos loucos*, do jornalista Hiram Firmino, a qual destacava como era o tratamento destes no Brasil e que ganhou o prêmio Esso/80 de jornalismo, para a revista *Planeta*. Inspirados por esta reportagem, é lançada no *Diário do Acre*, a reportagem *Porões da Loucura? – O Hospital Distrital de Rio Branco*, o texto inicia com uma citação de Franco Basaglia, a mesma de abertura da reportagem de Firmino Hiran, “A loucura não é uma doença a ser curada, mas sim, como dizia Basaglia, uma situação a ser respeitada”. Logo nas primeiras linhas da reportagem, há a informação de que há no Brasil aproximadamente 22 milhões de loucos e a indagação: “Mas, afinal, por que as pessoas ficam loucas?” Em seguida, apresenta o personagem da vida real do qual a reportagem retrata: F é um rapaz que chega a Rio Branco, procedente do interior do estado, casado e com um filho, trabalhava e morava na periferia da cidade, mas tinha uma renda inferior as suas despesas. Os infortúnios levaram a esposa a abandoná-lo. A reportagem deixa explícito que as dificuldades de sobrevivência e as poucas oportunidades levaram-no a um esgotamento físico, mental e espiritual. O jornalista relata que suas visitas ao Hospital Distrital eram sempre marcadas pela estranheza da estrutura física da instituição, como as portas de ferro, bem como a forma que encontrava os pacientes naquele local com olhares vazios e distantes. F. reclamava

dos gritos dos outros pacientes e das condições de higiene, da alimentação ruim, de apenas tomar pílulas e nunca ser visitado por um médico. Verifiquemos um trecho da reportagem:

Que tratamento recebem os loucos? – que tratamento humano recebem os pacientes do distrital? – que condições de higiene, alimentação, possuem os internos? – o que é loucura? Estamos lutando para tirar F. do Hospital Distrital e dar a ele um tratamento para quem está esgotado – alimentação e descanso, e um pouco de amor. Mas quantos As, Bs, Zs, estão internos devido a sua aparência desnutrida e aos “seus” (nossos) problemas sociais? Acreditamos que deveremos exigir uma resposta. Antes que enlouqueçamos de vez (Diário do Acre, 1983, Ed. 215).

Figura 13

Reportagem sobre o tratamento prestado no Hospital Distrital



Diário do Acre, Ed.215, 1983.

Ainda no *Diário do Acre*, em edições do ano de 1983, numa coluna de informes, denuncia:

A triste situação em que se encontram hoje os internos do Hospital Distrital, vai exigir uma tomada de posição imediata do novo secretário de saúde. É sabido que a maioria dos doentes ali internados não vem recebendo qualquer tipo de assistência especializada. O Hospital Distrital é hoje um simples albergue de doentes mentais (Ed. 216).

O Hospital Distrital de Rio Branco que sempre se constituiu numa “alavanca sem apoio” para a Secretaria de Saúde, precisa ter sua dinâmica de trabalho totalmente revista e adequada aos padrões modernos. Os doentes mentais ali internados pouco ou nada de assistência tem recebido na parte psiquiátrica. Não basta manter os doentes bem alojados ou alimentados, é necessário acima de tudo desenvolver esforços para curar os males que os afligem. Por enquanto o Hospital Distrital serviu apenas de depósito de pessoas indesejáveis a sociedade (Ed. 240).

Figura 14

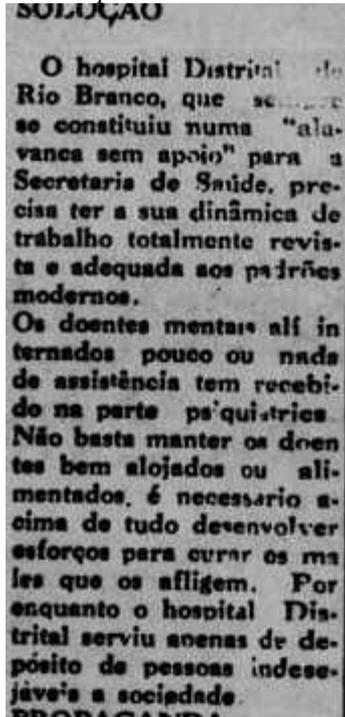
Nota sobre a situação de descaso no Hospital Distrital de Rio Branco, considerado albergue de doentes mentais

A triste situação em que se encontram hoje os internos do Hospital Distrital, vai exigir uma tomada de posição imediata do novo secretário de saúde. É sabido que a maioria dos doentes ali internados não vem recebendo qualquer tipo de assistência especializada. O Hospital Distrital é hoje um simples albergue de doentes mentais.

Diário do Acre, Ed.216, 1983.

Figura 15

Nota sobre o Hospital Distrital de Rio Branco e sua configuração como depósito de indesejáveis.



Diário do Acre, Ed.240, 1983.

A partir destas reportagens (figuras 13, 14 e 15), podemos compreender que o Hospital Distrital, como anúncio de conquista para a população acreana, como reportado em sua inauguração em 1978, já não tinha esse contorno. As denúncias levavam ao questionamento do tratamento ofertado naquela instituição e interpelações sobre sua eficácia, cuja imagem era veiculada como um grande depósito, no qual eram ali encerrados os indesejáveis da sociedade. Embora em algumas reportagens existam informações difíceis de serem confirmadas e sem referência científica, como, por exemplo, de que no Brasil havia mais de 22 milhões de pessoas consideradas loucas, conforme o *Diário do Acre* edição 215 de 1983, talvez representasse uma estratégia de demonstrar a gravidade do problema sobre assistência em saúde mental no país e o que envolvia as denúncias dos hospitais psiquiátricos em âmbito nacional. Por outro lado, poderia passar a ideia de uma verdadeira epidemia de doenças mentais.

Na conjuntura expressa pelos jornais do início da década de 1980, percebe-se o manicômio como lugar prioritário para o encerramento das pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico e, por vezes, algumas não possuíam qualquer tipo de sofrimento nem diagnóstico de transtorno mental, mas haviam sido confinadas nesse espaço. De acordo com Amarante (1995), na perspectiva da psiquiatria, o manicômio seria o espaço de cura da razão, portanto, o lugar dos loucos, dos que alucinam e deliram, daqueles que não possuem lugar na sociedade. “O asilo, lugar da liberação dos alienados, transformou-se no maior e mais violento

espaço de exclusão, de sonegação e mortificação das subjetividades” (1995, p. 491). Justamente contra este modelo e as atrocidades cometidas nestas instituições que o MTSM se propôs a inverter esse quadro, ao qual as pessoas com transtornos mentais eram submetidas no Brasil.

Ao passo que algumas denúncias surgiam nos jornais, vale ressaltar que, por vezes, pareciam se atentar para as questões de saúde mental, como algo a ser cuidado, mas com pouco elementos que demonstravam este cenário de mudanças no cuidado. Uma reportagem do jornal *Repique* de 1985, edição 4, retrata sobre a morte de um homem em decorrência da malária, que não quis fazer o tratamento com a utilização das medicações convenientes e preferiu “tentar se curar com o daime”. No decorrer da entrevista, são ouvidos o amigo do rapaz e uma liderança do centro de Daime mais importante do estado do Acre, naquela época. A reportagem se refere ao homem como alguém que parecia ter algum tipo de sofrimento psíquico em razão de sua forma de conduzir a vida e por relatos de quem convivera com ele no referido centro. M. havia chegado ao estado para passar por experiências relacionadas ao Santo Daime, uma manifestação religiosa surgida na região amazônica e que faz uso de uma bebida, a *Ayahuasca*. M. havia empreendido viagens ao Peru, à Bolívia, ao Equador e ao retornar para Rio Branco foi diagnosticado com malária. A reportagem polemiza o uso da manifestação religiosa como cura para as doenças e enfatiza o cuidado que deve existir para que situações como vividas por M. não se tornem corriqueiras. Todavia, mesmo diante de vários relatos expressos na reportagem de quem conhecia M. e, sabia de um possível sofrimento psíquico do jovem, não aborda a necessidade de assistência em saúde mental.

Noutra reportagem, a loucura é apresentada como possível de ser curada ou como um fenômeno de idas e vindas. Além do mais, fala sobre a passagem do jovem que cometeu suicídio no Hospital Distrital onde havia sido internado por dois anos. “Ingeriu 617 comprimidos e morreu no PS”, título da reportagem que se refere a um homem de 27 anos classificado no início da matéria como deficiente mental com acessos de loucura, que já havia atirado nos pés da esposa e na própria cabeça. O texto refere ainda que já havia sido internado no Hospital Distrital e obtido alta após melhora. A reportagem menciona a medicação, enfatizando os sete medicamentos dos quais o homem fazia uso e informa que este ingeriu 617 comprimidos de uma só vez indo a óbito. A reportagem relata ainda que este paciente teria sido diagnosticado com debilidade mental desde os 17 anos e a genitora o havia internado num dos leitos do Hospital Distrital, no qual teria ficado por dois anos sendo medicado.

Como se estivesse agindo corretamente, sem loucuras, A. E. L., conheceu uma jovem, a que hoje vivia em sua companhia. Esta amizade transformou-se em namoro e

posteriormente em casamento. Certa vez a loucura voltou a incomodá-lo novamente, e A. apossou-se de um revólver, atirou no pé da companheira e depois atirou-se indo o projétil se alojar em sua cabeça. Foi removido ao Pronto Socorro onde foi salvo. Anteontem por um descuido da esposa, ele se apossou dos medicamentos citados e ingeriu 617 comprimidos de uma só vez ficando prostrado no solo. Familiares levaram-no ao Pronto Socorro do Hospital de Base, onde faleceu na manhã de ontem (Diário do Acre, 1983, Ed. 00241).

Em nenhum momento, na reportagem, houve questionamento acerca dos cuidados em saúde mental prestados ao rapaz, nem houve nenhuma indagação sobre a quantidade de psicotrópicos de que fazia uso durante o longo período em que estivera internado, interpelando, assim, a eficácia tanto do tratamento quanto da assistência. É possível verificarmos a responsabilização da esposa pelo ato do rapaz que cometera o suicídio, como se o “descuido” da mulher fosse o motivo da consumação do ato. O suicídio tido como uma fatalidade em consequência da loucura é a mensagem expressa, sem nenhuma crítica ao modelo de assistência, ou melhor, a inexistência da assistência.

Neste sentido, as reportagens do âmbito da saúde, apesar de algumas demonstrarem os questionamentos sobre o que ocorria no hospital psiquiátrico, não há divulgação do processo da reforma psiquiátrica, o novo modelo que estava em discussão e sendo implantado em outras regiões do país. Pelo contrário, no levantamento das reportagens, encontramos um texto que combate o novo modelo e, portanto, contesta os princípios da reforma psiquiátrica. Na reportagem intitulada *Estória mal contada*, o autor critica uma reportagem veiculada pela TV Globo, no programa *Globo Repórter*, sobre a assistência ofertada às pessoas com transtornos mentais no Brasil. É interessante apontar a palavra utilizada no título da matéria pelo autor, “Estória”, que significa uma narrativa ficcional, portanto, afasta-se de fatos da vida real, revelando, assim, o tom da mensagem que tinha como objetivo repassar. O título demonstrou a defesa do autor pelos manicômios e por práticas como eletrochoque, utilizando-se de ironia como se as denúncias feitas na reportagem da qual fez a crítica fosse um conto da “carochinha”, ou seja, um folclore. De acordo com o autor deste texto jornalístico, havia cenas sensacionalistas e “dantescas” na reportagem, criticou a forma como foi mencionado o uso do eletrochoque e até desenvolveu uma defesa deste método.

Figura 16

Reportagem crítica matéria veiculada pela TV Globo, no programa Globo Repórter, sobre a assistência prestadas às pessoas com transtornos mentais no Brasil

Clóvis Meira

Estória mal contada

Não tenho procuração para defender a psiquiatria e muito menos os psiquiatras brasileiros. Não me sentiria bem, entretanto, se permanecesse em silêncio, depois do que foi dito e mostrado no programa «Globo Repórter», a respeito da assistência prestada aos doentes mentais em nosso país. Não gostei da reportagem da grande cadeia de televisão, parecendo-me que tudo foi feito para armar efeito, nada, absolutamente nada, resultando em benefício dos alienados. A dramaticidade da narrativa, as cenas dantescas projetadas, muitas delas fazendo remissão a um filme comercial, causaram-me a pior das impressões, pelo mau gosto e pela impropriedade. Não vejo porque filmar um paciente fazendo um eletro-choque, com o apresentador dando a atender que se tratava de uma selvageria para com o paciente indefeso. Esse método, terapêutico foi introduzido ainda na década de trinta, aceito e aclamado como uma grande arma na cura das doenças mentais, principalmente em certas formas, sua aplicação tornando-se quase de rotina em todos os grandes hospitais psiquiátricos. É bem verdade que restrições vêm sendo feitas, pelo menos quanto à sua massificação, o que fica muito longe de se constituir em uma forma aviltante de tratamento. Não sei se essa terá sido impressão geral dos espectadores, mas cheguei a sentir que se pretendia atribuir à rede privada de hospitais psiquiátricos a provocation das situações críticas desenroladas no vídeo, em busca de interesses inconfessáveis, o que culminou com a afirmativa de que «o doente mental é um cheque em branco ao portador».

Não se pode, para ser justo, atribuir a boa ou má qualidade da assistência psiquiátrica a quem quer que seja, nem mesmo ao governo. O problema é complexo, e, mais que isso, de grande dispêndio. O doente mental tem características personalíssimas. Basta que a doença mental seja a «doença do entendimento», como conceituava o saudoso mestre Henrique Roxo, para que bem se compreenda a trama enorme de situações apresentados pelos doentes mentais, envolvendo o seu comportamento na família, na sociedade e nos próprios estabelecimentos preparados para recebê-los e trata-

vas, praticadas ou não, de acordo com o entendimento daqueles que detêm o poder de desenvolvê-las e aplicá-las. É assim que os antigos hospícios perderam o nome, passaram a ser hospitais psiquiátricos, muitos deles ostentando o nome de grandes vultos da psiquiatria, como no «Juliano Moreira». As grades foram retiradas das janelas mas ainda conservadas, para casos especiais dos doentes em delírio e considerados perigosos, as celas engradadas ou as camisas-de-força. Mas o próprio nome de um cientista, como o de Pinel ou o de Juliano, também estigmatizam, dizem os doentes sendo mais recomendável baixá-los das fachadas, e acabar com os hospitais especializados em psiquiatria, distribuindo os pacientes que necessitam de tratamento pelos hospitais gerais, existentes em qualquer lugar. Os doentes mentais, ao invés de internados em um «Juliano», ficarão em suas casas, convivendo com os seus filhos, crianças, velhos e adultos. Quem quiser «que se cuide».

Surge, então, para completar a convicção dos responsáveis de que estão no caminho certo, a higiene mental preventiva. Prevenir é sempre melhor do que remediar. Prevenir naqueles predispostos e não permitir aos ainda em fase prodromica, aquele momento que Legendre du Saulle chamava período médico-legal das doenças mentais, quando o indivíduo está para pular o muro para as trevas, que de fato pula para o outro lado. Isto pode ser feito em ambulatórios, dizem todos os entendidos, ou quase todos. Não há necessidade do governo manter uma grande rede de hospitais psiquiátricos, consumindo somas enormes dos recursos do Estado, é a conclusão. Desativar o que for possível, deixando o mínimo necessário ao internamento dos que estiverem furiosos, para que não tenham que voltar para as cadeias e as algemas. Dentro desse princípio, certamente que decaído em bases científicas, e, que os grandes hospitais psiquiátricos vão sendo paulatinamente desativados ou deixados à quase penúria, isto para desencorajar os que pretendem mantê-los de pé e aos próprios responsáveis pelos pacientes, condoidos que ficarão com a situação de abandono a que estarão sujeitos

O Jornal, Ed.119, 1981.

Chamou a atenção para o que denominou de culpabilização da rede privada de hospitais e enfatizou que nem estes e nem o governo teriam responsabilidade sobre o que estava acontecendo com a assistência a esse público, tendo em vista a complexidade do adoecimento desta natureza, a mental, e o quão é dispendioso em razão da peculiaridade que carrega quem padece de transtornos mentais. Vejamos um trecho da reportagem e a forma como o louco é apresentado:

O doente mental sempre se constituiu em um problema e só pode perfeitamente senti-lo quem com ele conviver. Assim tem sido através dos tempos e atinge os seus mais altos níveis na sociedade hodierna ... O alienado, por não ter a razão, por ser inteiramente

incapaz de entender a natureza dos fatos e de se comportar de acordo com esse entendimento, isto para usar a linguagem do Código Penal, é, via de regra, considerado perigoso, matando, roubando, violentando, depredando e praticando toda sorte de desatinos, de maiores ou menores consequências (O Jornal, 1981, Ed.119).

Considerando os pressupostos que nos fazem pensar sobre preconceito e estigmas, diante de pessoas diagnosticadas com algum tipo de transtorno mental, a propagação de informações, como a citada, nos canais de comunicação, impulsionam e reforçam estereótipos. Tais textos veiculados pela mídia contribuem para a exclusão social dessas pessoas retratadas como perigosas e violentas, dificulta a busca por cuidado nos serviços de saúde rompendo vínculos familiares e sociais. Além do mais, têm como objetivo impor medo na sociedade e difundir a ideia do manicômio como “melhor” lugar para a loucura, para o louco (Deluque Júnior & Costa, 2019). Sobre a figura do louco, Costa (1989) salienta:

Já disse que o louco foi para a ciência aquele outro da razão, e que, em função disso, criaram-se estratégias e táticas para lidar com esse outro grupo que não se conformava ao ideário racional burguês. Nesse ideário, a razão comanda os interesses e, em última instância, determina o consenso, a vontade geral que faz com que as pessoas vivam em coletividade ou em sociedade. Alguém que rompe com isso precisa ser punido. Tendo ou não consciência do *crime*, sendo ou não considerada crime, a infração ao pacto da razão tem de ser punida, o infrator encarcerado e o erro da razão corrigido (p. 42).

De acordo com Wahl (1999), as imagens veiculadas pela mídia de pessoas com transtornos mentais são sobremaneira influentes no que tange os estigmas relacionados a essas pessoas. Isso evoca atitudes negativas da sociedade em relação às pessoas com transtornos mentais e emerge a concepção de periculosidade e de que estas precisam ser mantidas nos hospitais e afastadas da comunidade. Para Klin e Lemish (2008), a maneira da mídia apresentar a temática adoecimento mental não é responsável apenas por espelhar o imaginário e as atitudes da sociedade, mas também insere estereótipos em suas representações. Os estudos de Rose (1998) sobre a maneira como as reportagens televisivas retratavam as pessoas com transtornos mentais no Reino Unido impactavam negativamente nas políticas que priorizavam os serviços de base comunitária, pois a população se apresentava de forma hostil e amedrontada em relação aos usuários dos serviços, com justificativas à partir de percepções obtidas pela mídia.

Retornando à reportagem, *Estória mal contada*, d’*O Jornal* de 1981, edição 199, esta ainda salienta que o fechamento de hospitais psiquiátricos seria um desatino. “Os doentes mentais ao invés de internados em um ‘Juliano’⁶⁰, ficarão em suas casas, convivendo com os sãos, crianças, velhos e adultos. ‘Quem quiser que se cuide’.” Reforça a ideia do louco como perigoso, violento, capaz de cometer atrocidades, e uma vez que não haja hospitais psiquiátricos, estariam fadados às penitenciárias e aos manicômios judiciais, para depois retornarem à “sociedade que o abandonou”. Em nenhuma parte do texto aborda-se os princípios de um novo modelo de atendimento com a proposta da reforma psiquiátrica. Na verdade, silencia sobre as proposições em debate na época e sobre as denúncias das excrecências que eram os hospitais psiquiátricos no Brasil, o texto defende que seria um desvario fechar hospitais psiquiátricos, pois configuraria em abandono do louco. Szasz (1971) alertava quanto à forma que a sociedade considerava os loucos, sobretudo, como a Psiquiatria Institucional servia às atrocidades cometidas a essas pessoas. “O perigo era o louco; o protetor, o alienista. A perseguição às feiticeiras durou mais de quatro séculos. A perseguição de doentes mentais já dura há mais de três séculos e sua popularidade está aumentando” (Szasz, 1971, p.32).

Sieff (2003) aponta ser comum que os artigos de jornais e revistas, em estudos em diferentes países, relacionem os transtornos mentais aos comportamentos violentos e crimes, retratando as pessoas como perigosas e imprevisíveis. Conforme as autoras, estudos referentes ao modo como a mídia apresenta as questões relacionadas à saúde mental são importantes, pois assim se torna possível compreender a formação e persistência de representações estereotipadas de pessoas com transtornos mentais.

3.1.2 O louco perigoso nas páginas policiais

Cabe lembrar que a mídia e comunicação como via de análise para compreendemos o que era difundido sobre a loucura, o louco e as questões relacionadas ao campo da saúde mental, auxiliam-nos a mapear a sociedade num determinado período histórico e seus enredos a partir das conexões que estabelecem. Neste sentido, os textos jornalísticos, categoria por nós eleita para este trabalho, dão-nos pistas dos trilhos percorridos pela loucura na capital acreana, desvelando também sobre a tessitura desta sociedade. Sendo assim, não temos o objetivo de

⁶⁰ Neste trecho da reportagem em que se faz menção ao “Juliano”, possivelmente refere-se ao hospital-colônia, Juliano Moreira. A colônia foi fundada em 1924, com o nome de Colônia de Psicopatas-Homens, no estado do Rio de Janeiro. “A partir de meados dos anos de 1930 e início dos anos de 1940 a Colônia começa a ser projetada para receber também pacientes mulheres. Em 1935 ela é renomeada Colônia Juliano Moreira, em homenagem ao psiquiatra baiano que falecera em 1933” (Venâncio & Almeida, 2010, p. 56).

aprofundar questões relacionadas às representações sociais da loucura na mídia acreana, mas entender como a difusão de temas relacionados à loucura compõe a história deste fenômeno e suas repercussões no tecido social, as reverberações do lugar social ao qual se destina à loucura em Rio Branco.

Portanto, ao retomarmos esse eixo ao buscamos compreender o lugar dado à loucura pela mídia de Rio Branco, apresentamos outra categoria, que emergiu em nosso levantamento de forma bastante pertinente. Reportagens, notas e matérias sobre a loucura estampada nas páginas policiais. Aproximadamente 40% do material levantado surge nas páginas policiais. Portanto, várias reportagens e notas dos jornais analisados repercutiam informações, notícias sobre a loucura e o louco vinculado a alguma situação de violência, perturbação da ordem, e, frequentemente, envolviam forças policiais. Verifiquemos alguns trechos dessas notícias:

A falta de preparação dos policiais para atuar em situações específicas também foi citado pelo diretor como um empecilho para uma melhor atuação policial. Além de impotente legalmente, o policial não tem preparo para lidar com o menor. Na questão dos loucos: “a gente tem que intervir, mas não sabe o que fazer com eles, não há terapia. Quando o louco se acalma a gente solta e ele volta a atuar” (Repique, 1985, Ed. 2).

Um doente mental, que não foi identificado pela polícia, aprontou o maior “rebú” na manhã de ontem, nas proximidades da agência do Banco da Amazônia, zona central da cidade, quando inclusive chegou a ficar despido diante de uma grande multidão de curiosos. Apurou-se que o doente mental, certamente foragido do Hospital Distrital de Rio Branco ... (Diário do Acre, 1982, Ed. 58).

L. foi jogada contra o solo e teve parte da farda rasgada, enquanto o doente mental tarado, mordeu várias partes do corpo, inclusive, um dos seios. Foi salva por um motorista de táxi ... A polícia procura o acusado que se localizado, será encaminhado ao Hospital Distrital de Rio Branco. O mesmo doente mental já atacou outras pessoas e segundo testemunhas se aproveita da doença para saciar suas taras. Sua prisão ocorrerá nas próximas horas (Diário do Acre, 1982, Ed. 122).

M. J. sofre de doença mental, porém já estava praticamente recuperada, agindo como se fosse uma pessoa normal, inclusive saindo de casa sem companhia e voltando sem qualquer problema. Como trata-se de uma mulher extremamente bonita e atraente,

certamente despertou a atenção do motorista tarado que sempre que podia tentava conquistá-la ... Depois de algumas voltas pela cidade, a doente mental foi levada para a estrada da vila Ivonete, onde foi violentada pelo motorista (Diário do Acre, 1982, Ed. 100).

Reportagens com títulos como *Pulou da ponte com medo do tarado*; *Desconhecido tenta violentar doente mental*; *Assaltou doente mental e roubou 1.500 cruzeiros*; *Flagrado pelo PM quando se serviava doente mental*; *Motorista ameaça matar doente mental* surgem com bastante frequência no levantamento realizado. Vale frisar que quando o doente mental era vítima, era visto como indefeso e incapaz em função de seu adoecimento. Quando o doente mental era o acusado, a descrição, comumente, era de tarado e, insidiosamente, a matéria levava o leitor a crer que aquele se utilizava da doença para manifestar e saciar taras, além de ser acusado de “foragido” do Hospital Distrital, a denotar, desta forma, o caráter de criminoso. Vejamos as imagens de algumas dessas reportagens (Figuras 17 a 20):

Figura 17

Reportagem sobre uma estudante que pulou da ponte em Rio Branco, pois fugia de um homem considerado louco

Pulou da ponte com medo do tarado

Muita sorte da estudante Maria Suely Gomes de Almeida (21 anos, solteira, residente à rua 1ª de Maio, 102, bairro Seis de Agosto), que na noite de anteontem ao ser perseguida por um anormal, saltou da ponte Baila Comigo no segundo distrito da cidade, numa altura aproximadamente de 8 metros e saiu praticamente ileso. Com apenas um profundo corte no pé esquerdo, ela foi levada por um motorista de táxi até o Pronto Socorro de Rio Branco, onde recebeu assistência médica, sendo liberada em seguida.

O anormal de barba fechada, estava apenas de short e desapareceu na escuridão da noite. O fato deverá ser apurado no 2º Distrito Policial, jurisdição, onde ocorreu. Um doente mental bastante conhecido na cidade é o principal suspeito da agressão, devendo ser preso nas próximas horas.

AGRESSÃO, SALTO

Segundo declarações da vítima feitas na manhã de ontem ao DA, a agressão aconteceu por volta de 23:00 horas de anteontem. Maria Suely é estudante do 4º período do curso de Administração do Complexo Escolar do Ensino Médio. Na noite de anteontem saiu da escola em companhia de amigos e se dirigiram até a praça dos caçadores, onde comeram alguma coisa. Como já estivesse perto de casa e não quizesse dar a volta pela ponte coronel Sebastião Dantas, resolveu caminhar pela escuridão que domina a ponte "Baila Comigo".

Quando se aproximava do 2º distrito da cidade, percebeu que um elemento apenas de short, saía de trás de uma das colunas e partia em sua direção. Maria Suely, ainda chegou a ser agarrada pelo desconhecido, que conseguiu rasgar parte de sua camisa. A jovem conseguiu se libertar, preferindo saltar da ponte em baixo a ter que se entregar ao tarado. Alguns motoristas que estavam trabalhando na praça de táxi do segundo distrito, ouviram o barulho e vieram socorrer a estudante, que por muita sorte não sofreu nada grave apenas um profundo corte no pé, que sangrou bastante, sendo preciso ser medicada no Pronto Socorro de Rio Branco. Ontem ainda bastante nervosa, a vítima disse ter reconhecido o anormal e pelas informações trata-se de um conhecido doente mental que vive perambulando pelas ruas da cidade, geralmente com um rádio nas mãos.

Diário do Acre, Ed.104, 1982.

Figura 18

Reportagem sobre um louco que causou tumulto no centro da cidade de Rio Branco

LOUCO APRONTA NO CENTRO

Um doente mental que não foi identificado pela polícia, aprontou o maior "rebú" na manhã de ontem nas proximidades da agência do Banco da Amazônia, zona central da cidade, quando inclusive chegou a ficar despedido diante de uma grande multidão de curiosos. Apurou-se que o doente mental, certamente foragido do Hospital Distrital de Rio Branco, chegou na frente do banco e pediu dinheiro a uma das pessoas que estava no local e como não foi atendido, começou a promover desordens e atirar a roupa. Uma patrulha da Central de Polícia foi acionada e com muito trabalho conseguiram levá-lo para o 1º Distrito Policial, onde ficou sob a responsabilidade da delegada Eva Maria Gomes.

Diário do Acre, Ed.58, 1982.

Figura 19

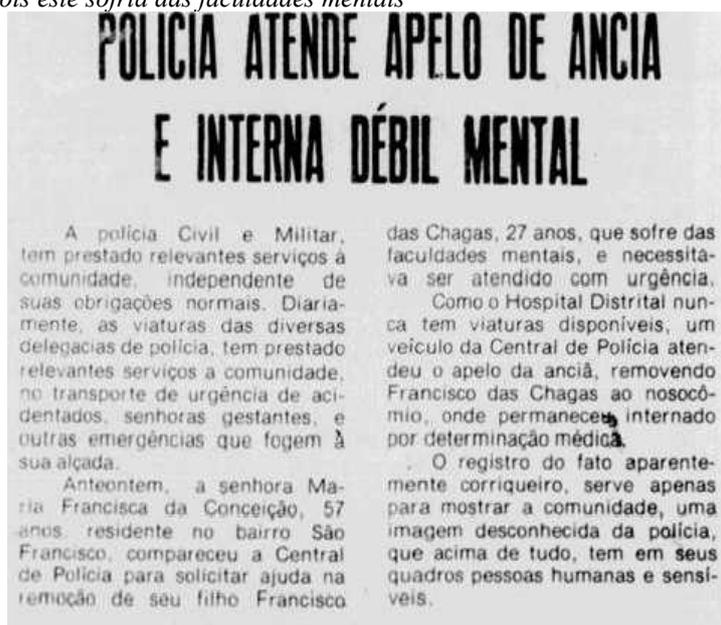
Reportagem sobre a tentativa de violência contra um louco



Diário do Acre, Ed.165, 1982

Figura 20

Reportagem sobre o auxílio da polícia a uma mulher que precisava de atendimento com urgência para o filho, pois este sofria das faculdades mentais



Diário do Acre, Ed.27, 1982

Na reportagem do *Diário do Acre*, edição 27 de 1982 (Figura 20), a utilização da terminologia “débil mental” no título da matéria demonstra os equívocos na compreensão do que seja sofrimento psíquico em função do acometimento por transtornos mentais. Existe uma confusão terminológica, mas, por vezes, não se restringe ao campo semântico, e repercutiu e ainda repercute em internações em manicômios de pessoas que por questão neurológica, apresenta algum déficit cognitivo, e recebem o rótulo de “débil mental”. Isso revela os impasses dentro do próprio paradigma psiquiátrico no que concerne não só às nosologias e às nosografias da loucura, bem como ao retrato dos manicômios serve para indicar que muitas pessoas foram

destinadas a esses espaços, quando deveriam realmente receber cuidados e assistência, o que não ocorre nestas intuições, independente de diagnósticos.

Essas matérias comumente estavam imbuídas de julgamentos de valores e apresentaram a loucura sob a ótica da moralidade. A agressividade, as taras sexuais ou a fragilidade são palavras fulcrais nestes noticiários. Todavia, não surge junto aos noticiários a informação sobre a necessidade de cuidado a essas pessoas. A loucura é noticiada como desordem e desrazão, isso corrobora o discurso da necessidade de institucionalização e instalam na população o medo e a aversão a esse público, uma vez que a difusão das notícias passa pelo prisma da periculosidade e violência, reverberando no imaginário social a loucura como perigosa e reivindicando os manicômios, como local prioritário para essa população.

Sobre estas circunstâncias podemos também identificar a dificuldade da polícia no que concerne o manejo das situações nas quais haviam pessoas consideradas loucas, como observado na reportagem do Repique de 1985, Ed. 2. Estes relatos são referentes à década de 1980, porém em tempos recentes há inúmeras reclamações sobre a atuação da força policial nas situações que envolvem pessoas com transtornos mentais e em crise. Recentemente foi veiculada pela mídia nacional a morte de Genivaldo Santos, morto no dia 25 de maio de 2022, durante operação da Polícia Rodoviária Federal no estado de Sergipe⁶¹. Genivaldo tinha diagnóstico de esquizofrenia e testemunhas relatam que ele não havia entendido o comando dado pelos policiais. Outra vítima foi Antônio Marcos de 33 anos, *motoboy* que teve um surto psicótico e foi contido mecanicamente por bombeiros militares no Distrito Federal⁶², em junho de 2022, e morreu numa UPA. Vídeos de testemunhas demonstraram contenção mecânica questionável e a família relata negligência no atendimento, considerando que o falecido tinha asma e havia sido mantido amarrado por longo tempo quando já havia sido admitido na UPA e mesmo após a contenção química.

Neste sentido, Carpiniello, Girau e Orrù (2007) realizaram um levantamento dos principais jornais da Itália com o intuito de verificarem artigos relacionados a crimes e atos de violência relacionados com pessoas com transtornos mentais, do qual concluíram que a frequentemente atribuíam o crime a um doente mental, inclusive quando este não era identificado. Afirmam ter sido perceptível o fato da mídia habitualmente atribuir

⁶¹ Reportagem veiculada por diversos meios de comunicação e pelo <https://g1.globo.com/se/sergipe/noticia/2022/05/31/esquizofrenia-de-genivaldo-santos-morto-durante-operacao-da-prf-ja-havia-sido-comprovada-em-processo-judicial.ghtml>

⁶² Reportagem veiculada por: <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2022/06/15/animava-qualquer-ambiente-diz-primo-de-homem-que-morreu-em-upa-do-df-apos-surto-psicotico.ghtml>

comportamentos violentos aos doentes mentais, mesmo desconsiderando as evidências científicas. Referem ainda que a excessiva ênfase em atos de violência cometidos por pessoa com transtorno mental, pode evidenciar uma busca de serem vistos de forma diferente, perpetuando ideias de institucionalização destes. Por fim, revelaram que o uso da linguagem nestas reportagens é estereotipado, ligando termos como “loucura”, “louco”, “insanidade” a uma perspectiva estigmatizante e excludente. Todavia, asseguram que reportagens recentes têm melhorado a abordagem questões relacionadas à saúde mental, melhorando o uso da linguagem na difusão de informações. Reiteram a necessidade da mídia melhorar uma vez que identificaram escassez de estratégias capazes de minimizarem os estigmas causados às pessoas com transtornos mentais na Itália. Os autores defendem que estas mudanças podem desencadear alterações na percepção equivocada e estereotipada para uma percepção mais verdadeira e compreensiva com as pessoas com transtornos mentais.

Conforme Guarniero, Bellinghini e Gattaz (2012), a sistemática divulgação de reportagens, notas, matérias associando a pessoa com transtornos mentais a crimes ou a atos de violência contribuíram para sedimentar o estereótipo de periculosidade deste público. Embora os estudos científicos demonstrem que os crimes cometidos por pessoas com transtornos mentais, comumente, ocorrem quando estão sob o uso abusivo de alguma substância e sem cuidado apropriado, ou seja, caso tivessem cuidados, os crimes teriam sido evitados. Para os autores, o âmbito sociocultural a incluir, portanto, a divulgação midiática é uma dimensão social que perpetua o olhar negativo sobre os transtornos mentais e às pessoas que possuem tal condição, contrariando os dados de literatura médica.

Não podemos deixar de mencionar os estudos de Sontag (1978), *A doença como metáfora*, no qual assegura que a linguística pode contribuir na estigmatização de alguns grupos, como pessoas com determinada doença, especialmente as temidas pela sociedade. Desse modo, são abordadas com metáforas negativas, como, por exemplo, aconteceu com a tuberculose no século XIX, o câncer e Aids no século XX. Neste sentido, citamos a pesquisa de Corrigan, Watson, Gracia, Slopen, Rasinski & Hall (2005), sobre como os textos jornalísticos podem ser instrumentos para a disseminação do estigma estrutural. Tal estudo ocorreu em jornais dos Estados Unidos no ano de 2002 e verificou as tendências atuais na mídia sobre questões relacionadas às doenças mentais. Para o grupo de pesquisadores, o uso de metáforas de algumas doenças está envolto de crenças e valores daquela sociedade, e as doenças menos conhecidas pelo crivo científico estariam propensas a esse tipo de uso, o metafórico. Sendo assim, os transtornos mentais estariam suscetíveis a figurarem nos meios de comunicação com metáforas negativas, devido não só ao fato de carregarem um estigma, como

também a compreensão limitada que a Medicina tem sobre explicações relacionadas a nosologia e nosografia dos transtornos mentais.

Percebemos como isso ocorre na reportagem *Como se livrar de indesejável*, matéria publicada n' *O Jornal*, em 1980 na edição 138, que descreve a ação de um delegado da cidade de Sena Madureira, Acre, que buscava livrar-se de um homem tido como desordeiro, mas próximo de autoridades da cidade e, por isso, o delegado não conseguia mantê-lo na prisão. A partir de uma estratégia para delegar a tal homem o poder de conduzir três pessoas ditas doentes mentais até a cidade de Boca do Acre, Amazonas, para serem encaminhadas ao manicômio de Manaus, o delegado enviou um ofício ao delegado de Boca do Acre, comunicando que o tal homem que conduzia as três pessoas doentes mentais também era um doente mental no auge de seus sintomas, tais como delírios. Esta teria sido a única forma de conseguir encaminhá-lo até à cidade para que este fosse conduzido junto às outras três pessoas para o manicômio de Manaus. Conforme, o próprio título da reportagem expressa, tampouco era importante saber sua condição de saúde, mas ao ser classificado como desordeiro poderia ser considerado um doente mental e, assim, deveria ir para o manicômio.

Figura 21

Reportagem sobre a atitude de um delegado em Sena Madureira/AC que narra como conseguiu livrar-se de um homem que causava desordem na cidade



O Jornal, Ed.138, 1980

Essa matéria, também, permite-nos pensar sobre a prisão de pessoas com transtornos mentais no Estado do Acre, pois enxergavam no presídio o local para este público, quando não

conseguiram encaminhá-los para os hospitais psiquiátricos, de Rio Branco ou Manaus, sendo este último o estado mais próximo, geograficamente, com instituições desta natureza. Além do mais, reforça o estigma do louco como o indesejável, como uma escória da sociedade que precisava ser retirada das ruas, uma verdadeira “limpeza social” em consonância com as concepções higienistas propagadas nas primeiras décadas do século XX no Brasil.

Ao considerarmos a imagem do louco difundida em território acreano e a história da loucura, é importante atentarmos para o conceito de estigmatização trabalhado por Goffman (1982/2015), o qual se refere a estigma enquanto algo que deteriora a imagem de uma pessoa, geralmente, expresso por marcas no corpo, como resultante de alguma afecção adquirida ou hereditária, que denotaria a impureza de alguém ou marcado no corpo para demonstrar ser portador de um estigma, como os criminosos. Ao longo do tempo, houve mudanças no que era visto como estigma e passou a ser marca de outras condições e não apenas a evidência corporal. Aquilo considerado diferente, um atributo que foge ao padrão de uma sociedade é visto, às vezes, com ojeriza e relegado a um posto de indesejável. Também não é incomum ser classificado numa categoria de periculosidade, como ocorre nas situações de pessoas com transtornos mentais.

Os estudos demonstram o quanto reportagens como as referidas estimulam a produção do estigma. Goffman (1982/2015) define o estigma social como um sinal ou marca que uma pessoa carrega e o identifica como “deteriorado” e, por conseguinte, alguém com menos valor se comparado com as pessoas categorizadas como “normais”. Portanto, o estigma social denotaria uma marca física ou social que possuiria uma conotação negativa e, assim, desencadearia, frequentemente, a exclusão social e marginalização dessas pessoas. Tendo em vista este processo, há um forte impacto na identidade social de pessoas que compõe esses grupos. Destarte, há uma desvalorização da pessoa estigmatizada e uma mortificação social propiciada por esse processo, fato comum entre as pessoas que foram internadas em instituições asilares.

3.2 MATÉRIAS E NOTAS DOS JORNAIS ELETRÔNICOS DE RIO BRANCO/AC

No que tange os jornais eletrônicos, verificamos a seleção dos dois com maior número de acessos pela população de Rio Branco. Quanto ao período de levantamento dessas matérias e notas, elegemos o marco temporal a partir do ano de 2001, em razão da aprovação Lei Federal nº. 10.216/2001. No ac24horas encontramos matérias e notas de 2011 a 2020; e no Portal G1 Globo Notícias Acre de 2015 a 2020.

Na mesma lógica dos jornais da Hemeroteca, após a leitura e análise das reportagens, optamos por categorizá-las. Os jornais eletrônicos, ac24horas e Portal G1 Globo Notícias Acre totalizaram 64 matérias e/ou notas. A categoria Saúde surge assim como nos jornais da Hemeroteca do final década de 1970 e da primeira metade da década de 1980, contudo, há uma mudança significativa nas matérias que compõem esta categoria, pois as reportagens, com frequência, demonstravam a necessidade da existência e manutenção do Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac), diferentemente das reportagens da década de 1980 que embora não abordassem a reforma psiquiátrica, as notas/textos descreviam o Hospital Distrital, apenas, como depósito de pessoas e não como um lugar de cuidado. As matérias/notas dos jornais digitais, retrataram as reclamações sobre a falta de profissionais e medicamentos nesta unidade, e os apelos por investimento neste hospital psiquiátrico.

Por outro lado, encontramos nos jornais digitais, reportagens que defendiam o cuidado em saúde mental em serviços substitutivos. Há, portanto, reportagens não só sobre alguns destes serviços, tal como o CAPS II Samaúma e suas ações, O Centro de Convivência Arte de Ser, como também sobre os calendários do Ministério da Saúde como, por exemplo, *Janeiro Branco*, *Setembro Amarelo*, também nesta mesma perspectiva verificamos as reportagens voltadas para ações e notas do Ministério Público Estadual e Controladoria Geral da União no que diz respeito à assistência em saúde mental em Rio Branco. Houve aquelas de circulação nacional sobre ações de saúde mental no âmbito da Covid-19, como os recursos recebidos pelo estado do Acre e a destinação destes.

A outra categoria que emergiu foi também a policial, todavia, aqui também há diferença quanto aos jornais da Hemeroteca, pois, neste levantamento dos jornais digitais, as reportagens referem-se, em sua maioria, à questão de imputabilidade, laudos médicos de pessoas que cometeram crimes como abuso e/ou violência sexual, feminicídio ou outros de violência expressiva. Portanto, tratam de possibilidades de redução e cumprimento de pena no Hosmac. Há também uma reportagem do ano de 2016, exaltando a inauguração do que denominaram, de ala psiquiátrica, no presídio de Rio Branco, Francisco d'Oliveira Conde, com 16 vagas para a institucionalização de pessoas que cometem crimes e possuem diagnóstico de transtorno mental, traduzindo, a inauguração de um manicômio judiciário, divulgado como se fosse uma conquista significativa no âmbito prisional, o que evidentemente demonstrava desacordo com os princípios da reforma psiquiátrica.

Embora houvesse algumas mudanças discursivas foi possível perceber a permanência de categorias, apenas com novos contornos, tendo em vista as mudanças na assistência ao longo das décadas, com destaque para as mudanças de discursos em relação ao hospital psiquiátrico,

que parecem bem menos críticos nas reportagens dos jornais eletrônicos. Sobre a categoria policial, estes jornais digitais demonstraram mais uma busca pelo Hosmac como um lugar menos ruim do que o presídio, pois as matérias comumente estavam relacionadas por buscas de laudos psiquiátricos para a atenuação de penas ou como local para cumpri-las, à depender dos resultados desses laudos.

As reportagens identificadas nos jornais eletrônicos continuam, em sua maioria, no âmbito da saúde e das páginas policiais, sendo deste último relacionadas à crimes e/ou atos de violência extrema. Sendo assim, categorizamos da seguinte forma: A Loucura e os Modelos de Atenção em Saúde Mental: Hosmac X RAPS; a categoria policial nomeamos de A Loucura Entre Muros: Hosmac X Presídio. A seguir as tabelas 3 (três) e 4 (quatro) expõem o levantamento realizados nos dois jornais eletrônicos:

Tabela 3

Levantamento de matérias/ notas do ac24horas

Descritores	Loucura	Louco	Hospital Distrital	Hospital Psiquiátrico	Hosmac	Doença Mental	Doente Mental	Saúde Mental	Total
Ocorrência	---	---	1	3	9	4	2	11	30
Anos de ocorrência	---	---	2011	2015; 2017; 2019	2012; 2017; 2019; 2020	2014; 2017; 2019	2011; 2018	2012; 2017; 2019; 2020	

Elaborado pela autora.

Tabela 4

Levantamento de matéria/notas do Portal G1 Globo Notícias

Descritores	Loucura	Louco	Hospital Distrital	Hospital Psiquiátrico	Hosmac	Doença Mental	Doente Mental	Saúde Mental	Total
Ocorrência	1	2	---	7	12	3	1	13	34
Anos de ocorrência	2015	2016; 2017	---	2015; 2016; 2017; 2019; 2020	2016; 2017; 2018; 2019; 2020	2016; 2020	2019	2015; 2016; 2017; 2019; 2020	

Obs.: repetição de 5 matérias em função dos descritores = 34

Elaborado pela autora.

3.2.1 A loucura e os modelos de atenção em saúde mental: Hosmac x RAPS

Nesta categoria, além de abordamos as reportagens em defesa da manutenção do Hosmac e aquelas que requerem a mudança deste modelo manicomial e preconizam o cuidado na RAPS, apresentaremos as notas e/ou matérias relacionadas aos trabalhos do Ministério

Público do Estado do Acre e da Controladoria Geral da União; e as reportagens de âmbito nacional que circularam nesta plataforma, que se referem a nossa temática de estudos. Verifiquemos alguns excertos das reportagens que se posicionam em defesa da manutenção do Hosmac ou denunciam a falta de medicações ou atendimentos, que denotam o reforço de obter mais investimentos neste hospital.

O Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac), única unidade pública especializada em psiquiatria do estado, e que um dia já foi chamado de Hospital Distrital – remodelado em 2006 para ser “referência” em saúde mental na Região Norte – pede socorro. A informação é de um grupo de familiares de pacientes que, revoltados, resolveram denunciar o caso à imprensa ... Segundo contam os familiares, o descaso provocado pela ausência de uma política de saúde mental no Acre está impondo intenso sofrimento a quem precisa dos serviços médicos do hospital, a maioria pessoas carentes (ac24horas, 2011).

A paciente conta que faz tratamento de distúrbio mental no Hosmac desde 2008 e que precisa dos medicamentos para controlar as crises. Ela alega ainda que precisa de diferentes tipos de remédios controlados, mas não encontrou a medicação na unidade de saúde mental e nem em outros postos da capital acreana ... A usuária conta ainda que não quis se identificar por medo de que seja retirada da lista de atendimentos do hospital e encaminhada para uma unidade de saúde comum. “Eles estão diminuindo o número de pacientes, mandando todos para os postos de saúde, mas não tem psiquiatra nessas unidades, são outros médicos. Às vezes alguns deles só repassam a receita, nem olham para a cara da pessoa” (Portal G1 globo Acre, 2015).

A confirmação do descaso com a unidade que oferece atendimento para quem precisa de saúde mental não vem de um paciente ou familiar reclamando, mas do próprio diretor interino do Hosmac, psiquiatra Marcos Araripe. A situação chegou a um nível insustentável, segundo ele ... O sucateamento do Hosmac é resultado da política antimanicomial nacional. Para isso, prevê a criação de uma rede de atenção psicossocial (RAPS). O problema é que segundo Marcos Araripe, essa rede não funciona como deveria. “Os colegas estão sobrecarregados com uma grande demanda e a RAPS não funciona. É necessário rever esse modelo até porque a portaria 35.88 no qual inclui o hospital Psiquiátrico na Rede de Atenção necessita ser implementada no Acre por ser

uma orientação do Ministério da Saúde”, finaliza Araripe. Todas essas denúncias vêm a público poucos dias depois do secretário de saúde Alysson Bestene dizer que o governo do estado não tem interesse em fechar o hospital, mas sim fortalecer e melhorar o atendimento no Hosmac (ac24horas, 2019).

De acordo com Guareschi (2012), o poder da mídia em sua veiculação de informações permite-lhe, assim, retratar quando algo deixa ou não de existir, bem como a capacidade de instituir o que seja real. Portanto, a mídia possui vultosa habilidade de difundir discursos que se disseminam, adotando concepções, por vezes, equivocadas como certas. Para Ronzani e Furtado (2010), na sociedade moderna, a forma como se possibilita a manutenção e/ou mudanças de atitudes e crenças, perpassa pela difusão de informações pela mídia. A maneira como divulga as ideias sobre determinado fenômeno pode desencadear identificações que assim solidificam opiniões que enrobustecem preconceitos e estigmas. Por isso, conforme Wurdig e Motta (2014), conhecer o discurso que está sendo difundido por esta mídia suscita o descortinamento de questões sócio-históricas que estão enraizadas na forma como são propagados os discursos, e auxilia na compreensão ampla de um fenômeno.

Levando em consideração a mídia e suas repercussões no âmbito da saúde mental, podemos perceber que, nas reportagens dos jornais da Hemeroteca, comumente, havia crítica ao hospital psiquiátrico, porém, permanecia a defesa pela manutenção da instituição, enquanto que nas matérias dos jornais eletrônicos há uma preocupação por demonstrar as lacunas existentes na RAPS, e ao enfatizarem tais fragilidades, tentam explicitar a necessidade da existência do hospital psiquiátrico e dos investimentos neste. Outro aspecto interessante é mesmo que não houvesse naquelas reportagens das décadas de 1970/1980 referências a estes serviços, uma vez que somente em 1987 surge, na cidade de São Paulo, o primeiro CAPS, o apelo partia da figura do louco e da periculosidade que envolvia a loucura para justificar a demanda pelos hospitais psiquiátricos. O discurso atual jornalístico parece ter minimizado a ênfase na figura estereotipada do louco, porém, utiliza-se da concepção de um funcionamento questionável do modelo de Atenção Psicossocial, defendido pela reforma psiquiátrica brasileira, sem arguir por sua vez, as razões que dificultam a implantação desse modelo e com isso reafirmam a necessidade de investimentos no hospital psiquiátrico.

Outro fator reside na ênfase do uso de medicações, cuja falta é um tema frequente, nas reportagens desses jornais eletrônicos que diz respeito ao Hosmac. Isso também revela a compreensão da loucura pela ótica restrita da psiquiatria. Esse discurso pelo viés da psiquiatria nos remete ao processo de adoecimento como essencialmente biológico e reducionista

corroborado pelos ditames da medicina tradicional. Neste sentido, se há a crença de que o transtorno mental envolve algum lugar do cérebro ou que algum neurotransmissor seja responsável pelos comportamentos indesejáveis ou estranhos de alguém, então, a área médica é incumbida de reestabelecer o funcionamento “correto” deste organismo (Brzozowski & Caponi, 2017). Oportuno esclarecer, não que defendamos a não utilização dos psicotrópicos, nos casos recomendados após avaliação condizente, mas queremos chamar a atenção para as reportagens que ao colocarem em evidência constantemente a falta de medicação passa a ideia de que o tratamento em saúde mental se baseia unicamente no uso de psicofármacos. Vejamos alguns trechos de matérias e/ou notas que destacam a falta de medicação:

O presidente do Sindicato dos Médicos do Acre (Sindmed), Guilherme Pulici, afirmou que a unidade hospitalar está abandonada, falta medicamentos, lençóis, materiais e até água. O profissional acrescentou que devem acionar o Conselho Municipal de Medicina sobre a situação ... “Não é reformado há uma década. Faltam medicamentos, precisamos de mais profissionais, as consultas demoram muito pela falta de profissionais”, complementou (Portal G1 globo Acre, 2019).

O Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado do Acre (Sintesac), durante vistoria nesta sexta-feira (16), identificou diversos problemas no serviço prestado pelo Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac). Falta de medicamentos essenciais, roupas e até alimentos foram as dificuldades identificadas como mais urgentes (Portal G1 globo Acre, 2016).

A advogada Rafaela Silva, de 29 anos, cujo pai faz tratamento no hospital, diz que a situação é bastante grave. Além da falta de psiquiatras, alguns medicamentos receitados estão indisponíveis na farmácia do hospital e nem sempre estão à venda nas drogarias de Rio Branco. Ela alega que o Hosmac só dispõe de clínico geral no atendimento ambulatorial ... “O que a gente vê diariamente é esses pacientes dopados. Aqui na frente realmente só tem clínico geral. Até que os médicos se esforçam, mas sem ajuda necessária é muito difícil. As autoridades precisam olhar para cá” (ac24horas, 2017).

Entre todas as reclamações, duas são ainda mais graves, como fala um servidor do Hosmac que prefere não ser identificado. “Existem medicamentos, como o carbonato de lítio, usado como um estabilizador do humor no tratamento psiquiátrico. Uma outra

coisa é a falta de água. Não pagaram o fornecedor, obrigando, nós, funcionários e pacientes a beber água da torneira”, afirma (ac24horas, 2019).

A pensionista Diana Barbosa tenta conseguir remédio há seis meses, mas só conseguiu um nesta segunda. Para a paciente, o hospital alega que não está recebendo o remédio da Secretaria de Saúde do Acre ... A reportagem apurou que faltam 18 tipos de medicamentos no Hosmac. Porém, em nota, a Secretaria de Saúde do Acre (Sesacre) enviou uma lista com 12 tipos de remédios, sendo que destes, dois estariam em falta e um teve a produção descontinuada no mercado (Portal G1 globo Acre, 2019).

O Estado será contemplado com a transferência de recursos financeiros de custeio para a aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica utilizados no âmbito da saúde mental em virtude dos impactos sociais ocasionados pela pandemia da Covid-19. Os 22 municípios do Acre receberão R\$ 2.756.205,53 para aquisição desse tipo de medicamento ... São 25 remédios no total (ac24horas, 2020).

É possível verificar que uma parte significativa de reportagens ao denunciar ou revelar questões relacionadas ao funcionamento do Hosmac, destacam a falta de medicação como ponto principal. Convém assinalar que essa última reportagem do ac24horas de 2020, intitulada *Acre recebe R\$ 2,7 milhões para tratar saúde mental em pacientes pós-Covid-19*, divulga uma ação do Ministério da Saúde, que havia recebido fundos para investimentos na RAPS do estado do Acre, quando, na verdade, todo o dinheiro recebido era exclusivamente para a compra de psicofármacos. Desta maneira, a divulgação midiática, pode levar a população a fortalecer um imaginário já existente, de que cuidados em saúde mental estão restritos ao uso de medicamentos. Por sua vez nesta reportagem é possível compreender a perspectiva que o próprio Ministério da Saúde tem adotado sobre saúde mental, quando destina aproximadamente três milhões de reais, exclusivamente, para a compra de psicotrópicos, alegando ser uma ação de cuidados em saúde mental no contexto da pandemia da Covid-19. Neste sentido, vale frisar as ideias de Lefèvre (1999) quanto à saúde e sua complexa relação com a mídia:

Mas este exemplo é típico da visão tradicional tanto da saúde, quanto da mídia, quanto do papel do Estado e da Sociedade Civil. Com efeito, está subjacente aí a visão tradicional de que saúde se obtém pelo consumo de medicamentos, que devem ser distribuídos gratuitamente pelo Estado (é o seu “dever”) para aqueles usuários de

serviços públicos de saúde que não podem pagar (que, portanto, tem “direito” ao medicamento gratuito) e se isto não está acontecendo a sociedade civil tem que por “a boca no trombone” usando, entre outros recursos, da mídia (Lefèvre, 1999, p. 89).

Para Lefèvre (1999), a compreensão de saúde pode perpassar diversas concepções teóricas, no entanto, quando se busca pensar saúde na ótica da saúde coletiva “a porta de entrada é mais ampla do que se costuma pensar, envolvendo o plano legal, o econômico, o administrativo, o biológico/epidemiológico, o factual/ informativo, o social, o histórico, o filosófico” (p. 84).

É evidente que questões como as citadas nos excertos das reportagens, como a ênfase na falta de medicamentos, também nos remetem ao aumento do uso de psicofármacos e, por conseguinte, o aumento de diagnósticos psiquiátricos. Nessa premissa, caberia apontarmos o processo de medicalização, termo utilizado em meados de década de 1970 e discutido por autores como Szasz (1971), Foucault (1961/2005), dentre outros, como é possível ocorrer no cenário da saúde mental de Rio Branco. Medicalização trata-se de um processo por meio do qual problemas que não se configuram como de ordem médica, passam a ser vistos e tratados como tal, utilizando como principal estratégia de intervenção os fármacos. Para Conrad (1992), a medicalização ocorre quando um problema não médico é definido em termos médicos, usando linguagem médica para defini-lo ou descrevê-lo, enredando-o, assim, em explicações de ordem da medicina, e definindo formas de compreendê-lo e estratégias de intervenção médica para tratá-lo.

Os textos da categoria de defesa do Hosmac e do modelo manicomial em relação à assistência em saúde mental alicerçam-se na necessidade da reclusão de quem tem diagnóstico de transtorno mental e alimenta o paradigma da internação, busca respaldo no que Castel (1978) definiu como a “estratégia da ordem”, que consiste no objetivo de consertar o que está fora dos padrões, colocar no lugar aquilo que está à margem. Para que isso se torne realidade neste contexto da loucura, o retorno à convivência na sociedade pode se dar somente, caso o tratamento seja por meio de reclusão, isolamento, sendo a principal terapêutica. Neste modelo hospitalocêntrico, reinam a psiquiatria organicista e a indústria farmacêutica.

Apresentaremos também os fragmentos dos textos jornalísticos que carregam em seu teor posicionamentos à luz da reforma psiquiátrica brasileira. Neste segmento, observamos serem voltados para críticas ao modelo manicomial, e, por sua vez, ao Hosmac; matérias relacionadas aos posicionamentos ou às fiscalizações do Ministério Público do Estado do Acre

e da Controladoria Geral da União (CGU); notas e/ou matérias sobre serviços substitutivos e suas ações no âmbito da saúde mental; divulgação de seminários ou encontros que tenham temas relacionados à saúde mental. Verifiquemos alguns trechos dessas reportagens:

A Secretaria de Saúde do Acre (Sesacre) se posicionou nesta terça-feira (10) sobre a ação civil do Ministério Público do Acre (MP-AC) em que o órgão denuncia falta [de] recursos e estrutura no Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac), em Rio Branco. O secretário-adjunto de Atenção à Saúde, Ráicri Barros, disse que a Sesacre elabora um plano de ação para que as atividades do Hosmac sejam reduzidas gradativamente até uma reavaliação da necessidade da unidade ... "A política nacional já possui uma diretriz em que os CAPs vão fazer essa função da unidade. Temos um acordo com o município e o próprio MP-AC, que venceu em 31 de dezembro, que era justamente sobre a criação do CAPs para que o atendimento fosse feito da maneira necessária. Nas casas terapêuticas devem ter enfermeiros e médicos, mas não um ambiente de internação como existe hoje. Esse modelo do Hosmac não é apoiado pela política nacional", explica. Na ação ajuizada pelo MP-AC, o órgão afirma que o a unidade hospitalar não possui medicamentos, médicos, alimentos, roupas para troca dos pacientes após o banho, segurança e iluminação. A denúncia diz ainda que os pacientes são obrigados a dormir no chão sem cobertores devido a [sic] falta de leitos e colchões (Portal G1 Globo Acre, 2017).

A Prefeita de Rio Branco, Socorro Neri, inaugurou na tarde desta quarta-feira, 06, o 1º Centro de Atenção Psicossocial do Município. O CAPS II Samaúma, localizado no bairro Morada do Sol, vai atender pessoas com transtornos mentais graves e persistentes ou intenso sofrimento psíquico. O atendimento objetiva promover a reinserção social, o exercício da cidadania e autonomia, o fortalecimento de laços familiares e social ... a prefeita Socorro Neri ressaltou que o início do serviço do CAPS representa a consolidação de uma construção coletiva e a sequência do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial – (RAPS) ... (ac24horas, 2018).

O movimento da luta antimanicomial em todo o Brasil se prepara para o dia nacional que aborda o tema. Celebrado em 18 de maio, o movimento, baseado na Lei 10.216 de 2001, prega o fim dos hospitais psiquiátricos e o direito dos pacientes com transtornos mentais terem acesso ao atendimento através de centros e unidades mais humanizadas

... Enquanto o sistema do Hosmac é enfraquecido, a ideia nessa nova gestão e uma nova visão no trato de pacientes com transtornos mentais e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPs) no estado, inclusive, na construção de mais Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) ... Porém, Sandra explica que a ideia é descentralizar os serviços do Hosmac e criar cada vez mais CAPs nos municípios para que as pessoas tenham acesso ao serviço sem precisar sair da cidade onde moram (Portal G1 Globo Acre, 2019).

Os fragmentos anteriores demonstram a preocupação com a necessária mudança no modelo de assistência às pessoas em sofrimento psíquico. Estas reportagens dedicaram-se em explicar as mudanças, discorreram sobre serviços substitutivos, mencionaram a Lei nº. 10.2016/2001, utilizaram termos como desinstitucionalização e deixaram evidente que a mudança preconiza o cuidado em base territorial e, assim, a necessidade de fortalecimento da RAPS. Neste sentido, este bloco de matérias e/ou notas denunciam o manicômio como local de violação de direitos, violência e exclusão. Neste panorama, temos alguns outros excertos de reportagens:

O Ministério Público do Estado do Acre (MPAC) divulgou na quinta-feira, 14, uma nota pública sobre as alterações na Política Nacional de Saúde Mental ... De acordo com o Ministério Público do Acre, a proposta do Ministério da Saúde, conforme minuta disponibilizada por meio da sua Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas (CGMAD/MS), viola a Constituição Federal e os direitos fundamentais das pessoas, bem como, a Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência, a Lei nº 10.216/2001 ... (ac24horas, 2017).

Uma auditoria da Controladoria-Geral da União (CGU) analisou os recursos repassados ao Estado do Acre pelo Fundo Nacional de Saúde voltados para a saúde mental e constatou que, em 2017, dos R\$ 2,9 milhões de repasses, o poder público deixou de empregar mais de R\$ 2 milhões neste setor no estado ... “A gente constata, empiricamente, que havia uma fragilidade na assistência da saúde mental na rede de atenção psicossocial e, quando nós conversamos com a controladoria, identificamos que talvez uma das causas dessa fragilidade tenha sido o não investimento, apesar de o recurso estar na conta”, explica o promotor ... Oshiro disse ainda que pretende se reunir

com o atual governo e debater questões voltadas à saúde mental do estado. (Portal G1 Globo Acre, 2019)

... a cooperativa Ciranda Samaúma, na qual eles produzem artesanatos durante a terapia ocupacional e vendem durante eventos feitos pela Secretaria Estadual de Saúde e também através de encomendas feitas pelas redes sociais. O objetivo é empoderar tanto socialmente [sic] como financeiramente os pacientes acolhidos no local ... A cooperativa ainda é nova, está apenas começando. A diretoria foi formada recentemente e deve ganhar forma jurídica nos próximos dias com criação do CNPJ e funcionar dentro da lei ... Diariamente cerca de 120 pessoas contando entre pacientes, família e estagiários passam pelo local. A coordenadora Assistencial do CAPS II Samaúma, Emelym Tonelly, diz que viam a dificuldade das pessoas e por isso pensaram em algo que trouxesse melhoria financeira, mas o resultado acabou sendo melhor que o planejado (Portal G1 Globo Acre, 2019).

Uma das principais portas de entrada no Acre para pacientes que necessitam de atendimento em saúde mental é o pronto-socorro de Rio Branco. Os dados da capital acreana preocupam. Só nos 6 primeiros meses deste ano, foram notificadas 160 tentativas de suicídio e 3 pessoas conseguiram tirar a própria vida ... Nesta quinta-feira, 10, foi celebrado em todo o mundo o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio. A programação foi diferente, o que retrata a mudança na concepção de tratamento de quem é acometido por algum transtorno mental. No lugar dos antigos manicômios, em que muitos eram considerados muito mais prisões degradantes do que um hospital, hoje se investe em tratamentos que possam inserir o paciente em atividades normais, sempre que possível ao lado da família ... (ac24horas, 2020).

Quanto às reportagens, foi possível perceber que os textos jornalísticos que se dedicavam a demonstrar a importância do modelo assistencial na lógica da atenção psicossocial, uma parte era de iniciativa do Ministério Público Estadual do Acre, mas também tinham aqueles de divulgação de atividades dos serviços que compunham a RAPS de Rio Branco, principalmente na figura de gestoras. Algumas notas sobre seminários, dia ou mês alusivo a alguma temática de saúde mental, com frequência reforçavam esse modelo de cuidado encampado pela luta antimanicomial.

Um trabalho desenvolvido por Machado (2004) o qual teve como objetivo descrever as representações veiculadas pela *Folha de S.Paulo* acerca da reforma psiquiátrica, corrobora nosso levantamento, quando identificamos publicações de reportagens em Rio Branco com base em dois segmentos, um que apoia a manutenção da lógica hospitalocêntrica e outra que perfilha que os cuidados em saúde mental adotem a lógica da atenção psicossocial que tem sua base na reforma psiquiátrica. A pesquisa de Machado (2004) teve como fonte documental os CD-ROMs do jornal *Folha de S.Paulo*, abrangendo o período de seis anos, de 1994 a 1999, após a análise do material levantado, identificou duas categorias que denominou de Reforma da transição e Reforma da manutenção. Na categoria Reforma da transição, a autora englobou os textos que expressavam a preocupação com a desinstitucionalização e a transformação da assistência em saúde mental, com abandono do modelo manicomial. Quanto à categoria Reforma da manutenção, referem-se aos textos jornalísticos que defendiam a manutenção de internação, com embasamentos enredados pelo conhecimento de cunho biológico, desconsiderando a complexidade do fenômeno, loucura, transtorno mental, bem como duras críticas aos projetos de leis favoráveis à substituição dos hospitais psiquiátricos.

A pesquisa de Correia et al. (2018) analisaram as notícias jornalísticas publicadas em saúde mental em Rio Branco, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), os textos selecionados foram de jornais eletrônicos, no período de 2016 a 2017, totalizando um ano de levantamento. Conforme os autores, a maioria das matérias jornalísticas é favorável às mudanças no modelo assistencial em saúde mental. Identificaram como tema recorrente a saúde mental como um problema de ordem individual e matérias que reforçam o Hosmac como principal referência para atendimento no campo da saúde mental. Concluem que tanto os textos que abordam a saúde mental pelo viés biologicista e individual, somados aos que defendem a existência do Hosmac, são em maior número que àqueles que difundem informações embasadas na reforma psiquiátrica. Este trabalho também certifica os dados levantados em nossa pesquisa uma vez que o volume de textos jornalísticos que entramos em contato, na somatória das categorias que elegemos, temos uma significativa parcela que não coaduna nem ao menos menciona sobre princípios da reforma psiquiátrica e o modelo assistencial por ela apregoados.

Todavia é possível perceber mudanças na forma de abordar questões de saúde mental em comparação com o material que levantamos na Hemeroteca, que datam do final da década de 1970 e primeira metade da década de 1980, como já mencionado anteriormente, percebemos alterações no que concerne a figura do louco e suas conotações pejorativas, que nos jornais eletrônicos tem menor ênfase, há ainda uma defesa pelo hospital psiquiátrico, mas em discurso menos impetuoso, contudo, ganhou visibilidade a argumentação baseada nas falhas ou lacunas

da rede de atenção psicossocial (RAPS). Quanto ao aspecto periculosidade, os jornais eletrônicos utilizam menos o termo, porém, a quantidade de matérias que envolvem a relação da loucura e/ou transtornos mentais com o cometimento de crimes violentos no estado do Acre é bastante significativa.

Outro relevante aspecto que identificamos foi a presença do Ministério Público Estadual no que diz respeito às questões relativas à saúde mental. Devemos chamar a atenção que as fontes midiáticas digitais atuaram por vezes junto ao MPE, em fiscalizações de espaços como o Hosmac, CAPS ad III, marcando um discurso de defesa da reforma psiquiátrica e luta antimanicomial na divulgação dessas fiscalizações, porém, em algumas situações estabeleciam alinhamentos que culminavam no favorecimento do hospital psiquiátrico. Houve publicações de notas de repúdio do MPE do Acre quanto à “Nova” Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, expressando a contrariedade ao conjunto de normativas que desrespeitavam a reforma psiquiátrica brasileira e suas conquistas, ao longo de décadas. Participaram também de apurações junto à Controladoria-Geral da União, analisando recursos que foram repassados para o estado do Acre pelo Fundo Nacional de Saúde, no ano de 2017, constatando que o estado deixou de aplicar R\$ 2 milhões na RAPS, inferindo, portanto, que a fragilidade destes serviços também ocorria por consequência da falta de investimento, embora tivesse recebido os recursos.

Este levantamento, em reportagem do ano de 2017 do Portal G1 Globo Acre, evidenciou a ação ajuizada pelo MPE do Acre quanto ao funcionamento precário do Hosmac, e sobre um Termo de Acordo Extrajudicial, que pautava a criação de um CAPS para os cuidados de pessoas com transtornos mentais graves e/ou persistentes no município de Rio Branco. As atas de reuniões do CMS de Rio Branco, por sua vez, em algumas situações enfatizavam a participação de representantes do MPE do Acre, nas reuniões, apesar de não explicitarem os motivos e/ou as ações em pauta. Com o intuito de conhecer a natureza e o teor do documento do MPE do Acre, buscamos-lo, o qual tratava de uma Ação Civil Pública com Pedido de Antecipação de Tutela do dia 16 de dezembro de 2016 (Autos nº 09.2016.00000747-7), cujo relato versou sobre a degradação das pessoas atendidas no Hosmac e as péssimas condições de funcionamento deste. Neste documento também houve destaque ao Termo de Acordo Extrajudicial de 2015, ajuizado junto ao estado do Acre e município de Rio Branco, o qual tinha como finalidade responsabilizar o município de Rio Branco pela instalação de um CAPS II ou III, assim como apresentar estratégias de desinstitucionalização de pacientes do Hosmac.

Não é incomum a judicialização da saúde mental, no Brasil, e, neste caso, em Rio Branco, identificamos nas fontes de dados que versam sobre loucura, reforma psiquiátrica e saúde mental, estas ações do MPE do Acre. Nesta perspectiva, encontramos indicativos desta

atuação mais relacionada à garantia de direitos, como o acesso aos serviços saúde. Em se tratando da judicialização no âmbito das Políticas Públicas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Nisiide (2020) enfatiza:

Quanto à Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), o desfalque orçamentário é ainda maior, com diminuição dos recursos e direcionamento dividido entre serviços de caráter hospitalocêntrico e de base territorial, o que reflete uma política marcada pela luta por hegemonia em relação ao seu direcionamento e princípios sustentadores. Esse demérito orçamentário da PNSM não está dissociado do público que ela atende, que, adoecido e com capacidades reduzidas de ter sua mais-valia explorada nos moldes do capitalismo, representa pouco valor ao capital (p. 214).

O papel do MPE do Acre, a despeito de defender a reforma psiquiátrica brasileira, exige do estado e do município, a implantação de serviços substitutivos, mas remedia essa lacuna na assistência com a manutenção do Hosmac, exigindo melhorias para o seu funcionamento. Embora seja óbvio que é imprescindível o usuário ter o seu cuidado garantido pelas políticas públicas de saúde, é visível diante do exposto que, a coexistência de paradigmas, favorece sobremaneira o hospital psiquiátrico, que se fortalece e permanece, apesar de todas as irregularidades registradas pelo próprio Ministério Público Estadual do Acre. Como bem assegura Nisiide (2020) o louco é integrante de um

Exército industrial de reserva ... O jugo destinado a essa parcela de trabalhadores é necessário ao capital, evitando que eles se levantem contra a ordem societária. Para isso, o Estado se vale das políticas sociais como forma de, minimamente, garantir a reprodução desses sujeitos e de um rígido controle penal e de aprisionamento (p. 215).

Neste sentido, esses acordos e alinhamentos privilegiam a permanência das instituições asilares. A autora afirma que o aparelho jurídico é fundamental para o controle daqueles que não se encontram conforme os padrões sociais estabelecidos na sociedade capitalista. Para os que não se encaixam nem são úteis ao mercado de trabalho, existem as instituições asilares, “hospitais psiquiátricos”, “manicômios judiciários”, “presídios” (Nisiide, 2020, p. 217), e aqui acrescentaríamos as comunidades terapêuticas.

3.2.2 A loucura entre muros: Hosmac x presídio

Numa publicação do Atlas da Violência, sobre a categoria Mortes Violentas por Causa Indeterminada, Ferreira e Bueno (2021) mostram que houve no Brasil um aumento de 35,2% no número de mortes classificadas nesta categoria de 2018 para 2019. No *ranking* nacional, o estado do Acre ocupou o segundo lugar, dos que mais obtiveram aumento de mortes violentas por causa indeterminada, uma elevação de 185%, ficando atrás apenas do estado do Rio de Janeiro com 232%. Outro dado importante desta publicação é a análise das taxas de homicídio de mulheres entre 2009 e 2019 em que o estado do Acre teve o aumento mais expressivo ante outras Unidades Federativas, um aumento estimado em 69,5%. Convém destacar ser preciso levar em conta vários aspectos como o nível de desenvolvimento socioeconômico de cada região, na qual demonstra que a Região Norte está abaixo das demais regiões, portanto, figuram níveis altos de desigualdade social. Vale mencionar se tratar de um estado fronteiro com Peru e Bolívia, e é considerado como rota do tráfico de drogas, característica das regiões de fronteiras, o que viabiliza o surgimento e fortalecimento de facções criminosas.

Esse retrato da violência no estado do Acre é importante, tendo em vista que uma parte considerável das reportagens que levantamos, tanto da Hemeroteca quanto dos jornais eletrônicos, localiza a loucura nas páginas policiais, enredadas por crimes, com frequência, demarcados pelo alto nível de violência. Cabe enfatizar que as reportagens referentes aos jornais eletrônicos, dos anos de 2011 a 2020, possuem essa característica mais presente do que as reportagens dos jornais da Hemeroteca. Seguem alguns excertos de reportagens:

Ausências de emoção, culpa, vínculo, ansiedade, afeto raso, impulsividade, ausência de empatia, pobreza nas expressões emocionais e egocentrismo severo. Com esses traços, o médico psiquiatra Marcos Araripe classifica o policial militar Angelo Gleiwitz Moreira Siriano, de 34 anos, preso desde novembro do ano passado ... por crucificar um dependente químico no bairro Papoco, periferia de Rio Branco, visando conseguir informações sobre paradeiro de objetos de sua propriedade furtados em maio de 2018 ... Apesar de somente agora os advogados de Angelo o apresentarem como doente mental, visando que o réu consiga liberdade e tenha tratamento diferenciado em vez de cumprir pena na prisão, os membros do Gaeco enfatizam que o laudo apresentado pela defesa é prova incontestante de que o militar é imputável (ac24horas, 2019).

Após dois anos, a Justiça do Acre condenou Gilberto Derze Craveiro, de 53 anos, pela morte da idosa Maria Cléia Derze Craveiro, de 72 anos. A vítima foi assassinada a golpes de tesoura em agosto de 2017 dentro da própria casa dela, em Rio Branco ... Segundo informou a polícia na época, o homem era usuário de drogas e tem problemas mentais ... Craveiro não pode recorrer da decisão em liberdade, e deve permanecer preso em uma ala de saúde médica do presídio ... Porém, a pena foi reduzida em mais da metade após o reconhecimento de que o acusado é perturbado mentalmente e no dia do crime não tinha capacidade de entender o que estava fazendo (Portal G1 globo Acre, 2019).

Um laudo médico aponta que Willyan Cordeiro da Silva, de 20 anos, suspeito pela morte da companheira Maria José Silva dos Santos, de 23 anos, e do padrasto Hudson Matias, tinha consciência do crime e estava lúcido. A companheira dele foi morta com 45 facadas, no bairro Conquista, em Rio Branco, em outubro do ano passado. Quase três meses depois, Silva matou o padrasto, no bairro Calafate ... O laudo aponta que Silva é diagnosticado com epilepsia e encefalopatia, caracterizado como doença mental. “Ao tempo da ação, no entanto, o periciado apresentava-se em intervalo lúcido, ou seja, livre dos sintomas psicóticos.” ... Silva está preso na unidade médica do Complexo Penitenciário de Rio Branco desde o início deste ano pela morte do padrasto (Portal G1 globo Acre, 2020).

A Justiça do Acre determinou que o servente de pedreiro Cristiano Lima Arsenio, réu pela morte do filho de 5 anos com um corte no pescoço em agosto deste ano, em Rio Branco faça exame de sanidade mental. A decisão é da juíza Luana Campos, da 1ª Vara do Tribunal do Júri ... A decisão ocorreu após a defesa de Arsenio pedir avaliação da sanidade mental dele e apresentar um laudo feito por um psiquiatra, que atesta que o réu é portador de “transtorno psicótico agudo polimorfo”, com sintomas esquizofrênicos. A avaliação ainda não foi marcada ... “Ingressei com esse pedido para verificar a questão do tempo dos fatos, ou seja, se naquele dia ele estava com sua saúde mental perfeita ou se estava em surto, mas com base em documentos do hospital e laudo de um médico. Agora, vamos aguardar marcar o exame e sair o resultado do laudo”, disse o advogado (Portal G1 globo Acre, 2020).

Aproximadamente 19% das reportagens levantadas nas bases dos jornais digitais estavam relacionadas ao contexto policial ou jurídico, ou seja, comumente referiam-se a uma situação de violência na qual o acusado era identificado como quem possuía algum diagnóstico de transtorno mental ou o sistema judiciário solicitava perícia e laudo para verificar se o réu ou acusado teria algum transtorno mental, é comum também ser utilizado por parte da defesa jurídica do acusado, como forma de redução de pena e cumprimento de pena em hospital psiquiátrico. Por conseguinte, nossa leitura das reportagens não segue a linha de avaliar os casos e/ou situações no sentido de comprovação da existência de indícios de que os crimes teriam sido motivados em razão dos acusados terem diagnósticos ou laudos requeridos para a verificação de transtornos mentais. Na verdade, nossa leitura tem mais relação com o pano de fundo dessas veiculações midiáticas e a forma como noticiam, bem como o que pode ser desvelado em difusões discursivas englobando loucura, crime, violência e seus desdobramentos.

Alguns desses acontecimentos têm a publicidade de duas ou três reportagens dedicadas a relatar os fatos e abordar as mudanças ou novidades referentes ao caso. Cabe destacar a notícia da inauguração de uma Ala Psiquiátrica no Presídio Francisco d'Oliveira Conde, em Rio Branco, em 2016, tida como um relevante serviço para a sociedade, segundo a reportagem. Desta forma, os envolvidos na difusão da notícia, como os entrevistados, demonstravam o desconhecimento dos princípios da reforma psiquiátrica, uma vez que a desinstitucionalização é a parte medular desta.

Com capacidade para atender 16 presos, foi inaugurada nesta sexta-feira (18), no Presídio Francisco d'Oliveira Conde, em Rio Branco, a unidade psiquiátrica. O local tem 320 metros quadrados e oito celas. O diretor do Instituto de Administração Penitenciária (Iapen) Martin Hessel, ressaltou a importância da nova unidade. “Essas celas são exclusivas para os reeducandos com problemas mentais, tanto os que vieram por medida de segurança, quanto como também àqueles que adquiriram a doença no decorrer do cumprimento da pena”, disse ... Segundo a coordenadora da ala psiquiátrica, Samara Lopes, é importante que esses presos tenham um local apropriado para eles. “Como alguns tem o risco de periculosidade alto, eles não podem, por algum motivo, estar na sociedade. Tem que ficar de regime de internação e separados dos demais. São pessoas com transtorno mental em conflito com a lei que necessitam de atendimento diferenciado”, disse (Portal G1 globo Acre, 2016).

Rottelli (2001) afirma que desinstitucionalização é rompimento, é romper com paradigmas da ciência que durante séculos têm se ocupado da doença e não do doente. Portanto, desinstitucionalizar no campo da saúde mental não implica “desospitalizar” ou “reformular” o hospital psiquiátrico sob os auspícios de humanização. Boarini (2011) sublinha que desinstitucionalizar compreende um desafio, considerando que consiste em alterar relações interpessoais e as instituições como finalidade de promover a “adequação” de pessoas a alguma situação específica, o que inviabilizaria qualquer forma de expressão fora de um padrão. Essas medidas que se valem de isolamento, há décadas demonstram que são promotoras de agudização do sofrimento o que dificultaria qualquer tipo de reestabelecimento da saúde. Isso não significa negar que a pessoa que possui um transtorno mental necessite, em algum momento, numa situação de crise de cuidados especializados e intensivos. Neste sentido, ao carecer de medidas que a contêm temporariamente, a Portaria 336/2002 indica os serviços como Centro de Atenção Psicossocial III e/ou leitos psiquiátricos em hospital geral (Brasil, 2002).

Para Bagatin (2019), o equívoco dos processos judiciais assenta-se sobre o dilema “culpa” e “inimputabilidade”, uma vez que se entende a incapacidade do louco de refletir na questão ilícita do fato, ou seja, o cometimento do crime. Portanto, esses fatos apontam para a necessidade de atenção e cuidado à saúde mental e não de punição como se configura o sistema prisional.

Há nitidamente uma contradição entre o discurso de inimputabilidade e a prática criminalizante a que os internos são submetidos nos manicômios judiciários. Muito distante de instituições hospitalares, essas instituições são depositárias de práticas encontradas em penitenciárias comuns. As mesmas celas, algemas, agentes penitenciários, financiamento e departamentos que encontramos em prisões convencionais estão presentes também nos manicômios judiciários. No lugar em que deveria prezar pela saúde, verificamos a ênfase na punição, com discurso de tratamento (Bagatin, 2019, p. 19).

Vale lembrar que, quando perfilhamos por cuidados em saúde mental na lógica da atenção psicossocial, estão inclusas todas as pessoas que padecem de sofrimento psíquico, tenham ou não cometido crime. Talvez esse seja o ponto nodal quando se trata da defesa da luta antimanicomial e reforma psiquiátrica, não é possível abrir exceções quando se trata de

cuidados em saúde mental, a liberdade é o eixo que norteia todo esse processo. Não se trata de uma liberdade que se configure em abandono, pois, por vezes, a concepção de liberdade pode suceder este engodo. Pelo contrário, a liberdade está no bojo dos direitos do cidadão, direito de ter cuidados em saúde, serviços que o acolham no cotidiano, e, em possíveis crises, traduz-se em acompanhamento territorializado e integral, longe dos muros e grades de hospitais psiquiátricos e/ou manicômios judiciários que aviltam a vida.

Ao retomarmos as proposições da reforma psiquiátrica, o enfrentamento é contra qualquer tipo de lógica asilar e estratégias de exclusão de pessoas em sofrimento psíquico, inclusive se considerado um louco-criminoso. Suas propostas perpassam pelo direito do louco transitar na sociedade, em sua comunidade, tendo assegurado seus cuidados na lógica da atenção psicossocial. Contudo, esse trânsito representa um imenso desafio, considerando a sociabilidade de nossa estrutura social e o paradigma psiquiátrico que persiste de forma hegemônica, ainda mais ao se tratar do louco que cometeu algum ato ilícito. Essa organização social, na qual estamos inseridos, rechaça o diferente, o desviante, o disgênico, e, neste sentido, reforça a lógica da institucionalização da loucura (Bagatin, 2019). Assim, é possível perceber um verdadeiro descompasso entre os princípios e fundamentos da reforma psiquiátrica e a inauguração de um manicômio judiciário, não obstante, este último cumpra uma função social.

Se os primeiros manicômios judiciários foram erguidos com a finalidade de responder aos anseios de uma elite que diante do aumento da criminalidade decorrente do crescimento abrupto das grandes cidades clamava por espaços destinados a todos que fugissem do padrão de comportamento burguês, atualmente, presenciamos instituições que, igualmente, servem como depositárias de pobres, loucos e pessoas sem acesso à escola (Bagatin, 2019, p. 26).

Embora seja evidente que a ciência ainda não tenha encontrado a cura para os transtornos mentais, a ideia do manicômio judiciário, ala psiquiátrica, ala de saúde, como queiram nomear esses espaços, parece estar envolta na imaginação de cura, tendo em vista que a pessoa institucionalizada cumprirá a pena e retornará à sociedade sã das faculdades mentais, ou seja, um verdadeiro equívoco. Portanto, essas pessoas precisam de cuidados em saúde mental, de suporte social, de acompanhamento especializado, mas sem privação de liberdade, pois isso não redundaria em cura. É no mínimo ingênuo pensarmos, que mesmo após séculos de estudos que demonstram a iatrogenia dos hospitais psiquiátricos ainda apostem nessas intuições como uma panaceia, descolada do seu contexto político, econômico e social. Basaglia

(1985) já nos indicava que a lógica da manutenção destas instituições e terapêuticas são implicações da forma de organização social, impossibilitando desta maneira a compreensão da loucura como uma condição humana. Guiada por essa perspectiva, Boarini (2011) assevera que para desinstitucionalizar a saúde mental é necessária a reconstrução do pensamento de uma época:

Nesta perspectiva, desinstitucionalizar a atenção à saúde mental significa reconstruir o pensamento de uma época que exige mais participação, compromisso e inclusão. Significa romper com um pensamento que aceita como natural o atendimento à pessoa portadora de transtorno mental de forma asilar e carcerária. É evidente que tais rupturas não acontecem pelo empenho solitário de um ou outro profissional em particular ou por determinação legal. Aliás, no que se refere à legislação, tivemos, no Brasil, avanços significativos, embora longe do ideal (Boarini, 2011, p. 134).

Essa transformação no que tange a assistência às pessoas em sofrimento psíquico ultrapassa a alteração de estratégias de cuidado, a mudança vem no bojo de rompimentos de paradigmas. Por ser um processo de construção de outro paradigma, a alteração é espinhal, medular, portanto, estrutural, o que exige a participação de diferentes atores sociais, considerando os diversos e complexos aspectos que se entrelaçam na trama dessa tão necessária mudança (Luzio, 2011). Amarante (1995) nos chama a atenção para a complexidade da reforma psiquiátrica, quando notou que as transformações deveriam ocorrer em diferentes âmbitos: técnico-científico, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural, confirmando seu caráter processual e inacabado, e, desse modo, vigilante e resistente.

Válido observar que costumeiramente quando o discurso da mídia refere-se à pessoa com transtorno mental envolvida com algum tipo de ato violento ou crime, assim como também é possível perceber no fragmento do texto que divulga a inauguração da ala psiquiátrica no presídio, Francisco d'Oliveira Conde, convergem um discurso de respeito e cumprimento de legislação no que tange a assistência às pessoas com transtornos mentais. Entretanto, parecem conhecer ou admitir, apenas parte dessa lei, ou tão somente adotam termos como respeito, dignidade e humanização a fim de justificar a privação de liberdade nestes espaços manicomial. A Lei nº. 10.216/2001 não congrega todos os enfeixes do campo da saúde mental e, por isso, dela derivam normativas, portarias que organizam e estabelecem na prática a exequibilidade da reforma psiquiátrica, buscando abranger questões que, por sua vez, não estejam realçadas na letra da lei. Todavia, o princípio da liberdade é a sustentação da luta

antimanicomial sob a égide das ações e estratégias na área da saúde mental, destarte, é inegociável quando se trata da reforma psiquiátrica brasileira.

Sobre esse discurso jornalístico, Marrucci (2007) retrata que esse discurso humanizador do louco está enredado por contradições, ao anunciar que o louco precisa ter seu tratamento assegurado, destacando suas necessidades de saúde, ao destinar essa incumbência ao hospital psiquiátrico ou manicômio judiciário, reforça-se a segregação, o preconceito e os estigmas, alimentando os embates na sociedade quanto a representação da loucura. Conforme a autora, “Para que se tenha um movimento discursivo de inclusão, a lei reivindica o reconhecimento social da diferença: o portador de transtorno mental tem direito a cuidados médicos, respeito, lazer, trabalho e vida social de um cidadão comum” (Marrucci, 2007, p. 186).

Guarniero et al., (2012) pontuam um aumento acentuado de notícias relacionando crime e violência com pessoas consideradas padecentes de transtornos mentais, na *Folha de S.Paulo*, fonte de suas pesquisas. Demonstram um aumento de 150% nas notícias desta natureza entre os anos de 2008 e 2011. Seguindo este viés de pesquisa, Diefenbach e West (2007) colocaram em prática uma pesquisa para identificar personagens como portadores de transtornos psicológicos, nos quatro maiores canais de televisão dos Estados Unidos. Analisaram 84 horas de conteúdos e consideraram em suas análises que 29 personagens eram identificados como portadores de transtornos psicológicos e desses aproximadamente 37% poderiam ser considerados criminosos violentos. Observaram que dos dois mil personagens elencados sem transtornos psicológicos, apenas 93 deles haviam apresentado algum tipo de comportamento violento e praticado crime. Os autores concluíram que os personagens ditos com transtornos psicológicos, nos programas televisivos, tinham quase dez vezes mais probabilidade de assumirem papéis de criminosos violentos do que os demais personagens. Embora a nossa pesquisa não tenha tido a mídia televisiva como objeto, estudos como de Diefenbach e West (2007) desvelam que a imagem difundida das pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico pelos meios de comunicação é de violenta e criminosa.

Outro aspecto que precisa ser considerado é que, segundo o recorte temporal da pesquisa, poderia haver maior número de notícias, reportagens relacionadas à saúde mental. Nesta direção, encontramos o trabalho de Cavaca (2015) cujo escopo era analisar a divulgação midiática sobre temas de saúde em Portugal. Tal levantamento ocorreu no *Público*, um jornal impresso fundado em 1990, do período de 1º de maio de 2013 a 31 de julho de 2013. A autora destaca o que nomeou de *Temas Midiaticamente Negligenciados*, evidenciando em seus resultados que nesta categoria encontravam-se as doenças transmissíveis, as enfermidades e consequências sociais da crise econômica do país, doenças raras, saúde mental e suicídio. Vale

frisar que Cavaca também realizou esta pesquisa em jornais de um estado brasileiro, o Espírito Santo, e neste identificou como doenças negligenciadas: doença de Chagas, dengue, esquistossomose, malária, leishmaniose, hanseníase e tuberculose são classificadas como “doenças da pobreza”. Sobre o cenário lusitano, analisou que a saúde mental foi vista como ‘esquecida’, apesar de ter significativa morbidade, havia baixa mortalidade, considerando ainda que os casos de suicídio são subnotificados e pouco noticiados. Inclusive, a pesquisadora discorre que o estigma relacionado às doenças negligenciadas pode contribuir para que pessoas acometidas por tais doenças evitem exposição midiática. Outros aspectos estão relacionados à precarização de vínculos sociais e de trabalho, especialmente em consequência de crises econômicas que assolam os países, neste caso, Portugal e Brasil. Para a autora, esta é uma pauta, por vezes, intencionalmente “apagada” das agendas do governo e da mídia.

Oliveira (2000) reitera que o sistema de comunicação midiática é interligado com o pano de fundo da sociedade e sua historicidade capaz de influenciar as formas de percebermos o mundo e de estabelecermos nossas relações no cotidiano. Tem, inclusive, a possibilidade de reproduzir relações sociais assimétricas, atribuir novos sentidos e/ou significados sobre os fenômenos e/ou as situações que veiculam, isso de acordo com a dinâmica da sociedade.

Por esta razão não podemos analisar o universo midiático sem levar em conta a maneira como ele se constitui em campo de forças no qual diferentes atores sociais buscam fazer prevalecer determinados sentidos através de suas práticas discursivas, tornando-o um *locus* de tensão permanente (Oliveira, 2000, p. 74).

É importante ainda considerar que o autor compreende a forma de tratar as notícias por duas óticas, a primeira quando as notícias e/ou informações são disseminadas de forma crítica, por vezes com emissão de opinião ou a incitação à polêmica e a outras que se atem ao aspecto factual, ou seja, quando se publica a notícia em razão de algum fato que tenha ocorrido abruptamente; e, nesta última, geralmente tratado de modo superficial. Considerando esta divisão, por sua vez, podemos identificar que parte significativa dos textos jornalísticos que levantamos, tanto na Hemeroteca quanto nos jornais eletrônicos, caracterizam-se por noticiários, reportagens, que, em sua maioria, detiveram-se em algum fato e reproduziram informações pouco sólidas sobre o campo da saúde mental na perspectiva da reforma psiquiátrica. Foram escassas as reportagens propositivas capazes de provocarem a reflexão da população, por exemplo, no que tange o papel real e significado do hospital psiquiátrico de Rio

Branco. Para Barboza e Feldens (2016), é fundamental o desenvolvimento da reflexão sobre a interlocução entre imprensa e temas referentes ao universo da saúde mental.

A produção da mídia é uma das práticas discursivas que possibilita a inscrição do universo das psicopatologias no espaço social. Essa inscrição não é feita com um olhar neutro e irrefletido, mas inserida em processos de poder. As designações psicopatológicas estão em dinâmica transformação histórica e cultural, sendo o jornalismo uma das instâncias responsáveis por essa movimentação ao levá-las para o ambiente público (Barboza & Feldens, 2016, p. 286).

Cabe pontuar que a nossa leitura não pretende demonizar a comunicação midiática, contudo, percebemos que é mister refletir de forma crítica sobre suas práticas e seus discursos, compreendendo o papel do jornalismo em nossa sociedade e a sua intersecção nos processos de rompimento ou manutenção de representações cristalizadas no que tange o imaginário coletivo sobre a loucura e o desvelamento da organização social no qual esta narrativa jornalística repercute. “A teia de relações estabelecida entre mídia, saúde mental, sociedade e sujeitos se dá de forma complexa e heterogênea” (Barboza & Feldens, 2016, p. 290).

4 O CONTROLE SOCIAL NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE: A LOUCURA NAS ATAS DE REUNIÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Mãos amigas

*Riscando com o lápis
Em uma folha branca
Vai saindo pensamentos tristes
e eu me encontro com eu e a
felicidade
Um aperto forte de mão amiga
Um presente simples que recebo
Que é um sorriso tímido
e uma conversa amiga
Compartilho história de minha vida
Escuto e acolho outro como posso
Assim encontramos um caminho
Que podemos caminhar como
amigos
Sem preconceito
Em boas pessoas posso confiar
Quando toco nas tintas
e inicio uma pintura
Esqueço do meu passado dolorido
e da vida sofrida de outros amigos
A arte vai curando
Que antes não tinha cura
e tudo que podemos na vida
Qualquer problema existe sempre
Uma saída, acredite sempre
Eu acredito em mim e
nas outras pessoas
Assim se libertamos
Voamos aonde queremos ir
Aceitando nossos limites
Vivendo dias ensolarados
Dizendo eu te amo a vida.
(Ivanilson Sousa)⁶³*

Nesta via de análise pretendemos demarcar a importância do envolvimento da sociedade nas questões que norteiam a saúde pública no Brasil, neste caso, no que tange especificamente a saúde mental. A participação social na efetivação das políticas públicas teve seu asseguramento, enquanto prerrogativa legal, na Constituição Federal de 1988. Todavia, a gênese desse processo inicia-se ainda no final da década de 1970, com a reforma sanitária e

⁶³ Poema dedicado ao Centro de Convivência e Cultura Arte de Ser, declamado na I Conferência Livre de Saúde Mental, realizado pelo Centro de Convivência e Cultura Arte de Ser, em Rio Branco em abril de 2022.

reforçada e debatida na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº. 8.142/1990, sendo que esta última regulamenta a participação social no âmbito da saúde pública, institui-se a busca por uma gestão participativa no âmbito da saúde pública. Tem por base o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que reza em suas linhas a garantia ao cidadão brasileiro como um direito, e como dever do Estado, a saúde (Brasil, 1988), por meio da viabilização do SUS, perpassando por três diretrizes basais, a saber: a descentralização, o atendimento integral e participação da comunidade (Ventura, Telini & Brito, 2014).

Mesmo passado 31 anos da garantia ao cidadão brasileiro de conhecer, debater, fiscalizar e levar as necessidades de saúde de sua comunidade à gestão de saúde de seu município, parece ser um desafio à concretização de uma saúde que seja gerenciada de forma democrática. Moreira e Escorel (2009) ressaltam que a democratização das políticas municipais de saúde no Brasil deu-se por meio das Leis Orgânicas de Saúde (LOS):

A LOS – Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) – determina que a gestão, as ações e os serviços do SUS sigam certos princípios estruturantes e estejam de acordo com as diretrizes previstas pela Constituição Federal para a política de saúde. Em ambos os casos, figura a participação da sociedade. Regulamentando a LOS, a Lei 8.142/90 define conselhos e conferências de saúde como instâncias mandatórias que, em níveis nacional, estadual e municipal, institucionalizam a participação (Moreira & Escorel, 2009, p. 797).

Mascaro (2013) reitera que, nas sociedades capitalistas, a forma política democrática está diretamente entrelaçada à forma jurídica, estabelecendo neste espaço seus avanços e limites. Portanto, o campo jurídico representa a base da construção da moderna democracia. O autor nos alerta para os engodos possíveis existentes no bojo da democracia nas sociedades capitalistas:

A aparente virtude da democracia moderna seria a liberdade irrestrita de deliberação sobre assuntos. De fato, ela é conseguida na medida dos mecanismos de apuração da vontade da maioria. Ocorre, no entanto, que, balizada pelo direito, a ação política é ampla, livre e voluntariosa justamente num espaço que é previamente construído

estatalmente. A forma política do capitalismo dá o limite da própria liberdade da vontade democrática (Mascaro, 2013, p. 87).

Neste sentido, é preciso compreender que a participação social e a gestão democrática, no capitalismo, têm liberdade de deliberação de forma limitada, por isso, a vigilância deve ser constante, tendo em vista a instabilidade da democracia no capitalismo, pois é na envergadura dessas contradições que se encontram as políticas sociais. “A democracia, lastreada no direito e nas formas da sociabilidade capitalista, representa tanto um espaço de liberdade da deliberação quanto um espaço interdito às lutas contra essas mesmas formas” (Mascaro, 2013, p. 87). Ao garantir nas linhas das leis e nos termos políticos, a dita democracia, restringe a luta dos trabalhadores aos ditames jurídicos e políticos, impedindo desta forma que “... a luta extravase o controle e o talhe do mundo estatal e de suas amarras jurídicas.” (Mascaro, 2013, p. 87). Conforme Lessa (2013), ao pensar as políticas públicas no que nomearam como Estado de Bem-Estar, o autor se refere a este Estado como um mito pois não passaria de uma crença que as políticas públicas minimizariam ou superariam as misérias contemporâneas. Para o autor, o que houve foram alterações nas necessidades para a reprodução do capital o que levou o Estado democrático a implantar políticas públicas como meio de cooptação de recursos para o setor privado sob o argumento de um Estado ampliado que abarcasse a totalidade da sociedade, mas, na verdade, “O Estado não se ampliou ou perdeu seu caráter de classe” (Lessa, 2013, p. 214).

Diante de autores como Mascaro (2013) que retrata como acontece a democracia na envergadura da forma política e jurídica estatal e da concepção de políticas públicas e do mito do Estado de Bem-Estar Social discutido por Lessa (2013), é importante demonstrar por qual eixo entendemos estes processos, especialmente quando se apresenta uma instância colegiada como um Conselho Municipal de Saúde, e, por conseguinte, a participação social e democrática do cidadão nesta instância. Nesta ótica, não deixemos nos levar pelos ares róseos das conquistas das políticas públicas, como se não fossem em alguma medida um bom negócio para o capital. Longe de certa ingenuidade política, vale ressaltar que as políticas públicas são necessárias, embora não garantam a totalidade da sociedade o acesso igualitário aos seus serviços, a superação da miséria e de desigualdades sociais.

Nesta perspectiva, as políticas públicas passam a funcionar com o seu mínimo, ou seja, pouco interesse do Estado em implementá-las, ampliá-las e fortalecê-las, e, por isso, a compreensão de seu caráter processual, inacabado e dinâmico nos convoca a uma vigilância contínua, para não perdermos o mínimo do que já foi conquistado. Vale lembrar que o SUS foi

gestado no seio da Reforma Sanitária, e até 1980, não havia nenhum tipo de participação do cidadão em políticas públicas. Paim (2008) distingue a reforma sanitária de uma reforma setorial, uma vez que a reforma sanitária brasileira buscou transcender o setor saúde, pois não buscou mudanças apenas de oferta de serviços de saúde, mas o intento era compreender as necessidades de saúde da população brasileira e as possíveis melhorias para as condições de saúde desta população. O autor reforça que a Reforma Sanitária aconteceu num momento de embates pela redemocratização do país e com participação significativa da sociedade civil, o que já demarcaria ser um diferencial, mesmo que, posteriormente, o Estado tenha estabelecido política e juridicamente a regulação do funcionamento do sistema de saúde.

Moreira e Escorel (2009) discorrem sobre o processo de redemocratização do Brasil e destacam ter tido como base importantes embates, que tornou possível significativas transformações no desenho institucional do Estado brasileiro, com a criação de novos espaços de participação da sociedade. Para tal feito, os conselhos gestores são os principais exemplos desses espaços. Conforme os autores, os Conselhos de Saúde, dentre as iniciativas, são os que mais representam o movimento de descentralização político-administrativa instituído no país. Apesar da institucionalização dos conselhos serem basilares para os processos democráticos na política municipal de saúde, considerando que o número e a diversificação de participantes em processos decisórios se ampliem, caso ocorra independentemente de outras etapas, ou de forma isolada, são exíguas as possibilidades de se estabelecer espaços decisórios factualmente democráticos. Portanto, não basta existir o Conselho de Saúde nos municípios brasileiros, é preciso compreender suas relações com gestores, profissionais e comunidade, sobretudo no que concerne às suas atribuições e ao seu aspecto deliberativo.

O Tribunal de Contas da União (TCU) em 2015 lançou a segunda edição de *Orientações para os Conselheiros de Saúde*, nesta cartilha reiteram sobre a importância dos Conselhos de Saúde como forma de garantia de participação social e ser de caráter permanente e deliberativo. Além de mostrar que os Conselhos de Saúde devem compor a estrutura básica das secretarias municipais e estaduais de saúde e neste material discorrem sobre as competências dos conselhos e reafirmam que estas são fixadas em lei para assegurar o controle social na saúde. As duas principais leis que estabelecem e organizam essa composição dos Conselhos de Saúde são a Lei 8.142, de 1990 e a Lei Complementar 141, de 2012, sendo que esta última que regulamenta os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. O texto ainda reforça que para os estados, o

Distrito Federal e os municípios receberem recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde (FNS), uma das condições para tal recebimento é instituir e manter funcionando o Conselho de Saúde, respeitando a composição paritária (TCU, 2015).

Nesta perspectiva, Cortes (1996) explicita o objetivo principal dos Conselhos de Saúde, que consiste na realização de tarefas que resultem em mecanismos de controle social do SUS. Para a autora, trata-se de uma nova forma de atuação política, integrando Estado e Sociedade. Em defesa do interesse público, estabelece-se um espaço institucional que é a comissão paritária e tripartite no qual reúne usuários, trabalhadores da saúde e gestores do sistema, cuja composição deste grupo está dividida em cinquenta por cento das vagas nos Conselhos de Saúde ocupados por usuários do SUS, representados por entidades da sociedade civil, e os outros cinquenta por cento devem ser ocupados por trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e gestores.

Trata-se de um termo carregado de diferentes conceitos como observado no levantamento da literatura sobre o controle social. Stotz (2006) reporta que a origem do conceito de controle social parte das Ciências Sociais, bem como posteriormente passa a ser utilizado amplamente pelas Ciências Políticas, mas o conceito adotado pelo campo da Saúde Coletiva, é de uma perspectiva crítica fundamentada no materialismo histórico. Para o autor o controle social de certa forma mantém a ideia de ordem social, no sentido de que os serviços de saúde controlem as ameaças à saúde da população, considerando as condições materiais fundamentais para a manutenção da vida e participação na vida política, econômica e social. Neste bojo, o da saúde pública, reitera que o controle social passou a ser “ressignificado como participação da sociedade na formulação, acompanhamento e verificação das políticas públicas” (Stotz, 2006, p. 150).

Não podemos deixar de levar em conta as especificidades locais em face do cenário nacional. Carvalho (1998) afirma que 95% dos Conselhos de Saúde existentes, foram constituídos a partir de 1991, quando houve a divulgação da Norma Operacional Básica (NOB), nº. 1, que instituiu a obrigatoriedade da existência dos conselhos municipais e estaduais de saúde, para que municípios, estados e o Distrito Federal pudessem ter acesso aos recursos federais. Sobre esses conselhos, Cortes (2002) acrescenta:

Esses fóruns deveriam participar do estabelecimento de estratégias, decidir sobre a alocação de recursos financeiros e monitorar a implementação de políticas. Como a provisão de serviços de saúde se tornara principalmente uma obrigação municipal, uma vez ocorrido o processo de municipalização, os conselhos municipais poderiam vir a ter

controle sobre os cuidados de saúde, financiados com recursos públicos, dentro do território da cidade (p. 34).

Neste íterim, os municípios, estados e Distrito Federal, ficariam com a responsabilidade de prover a manutenção e o funcionamento desses fóruns, para que desta forma houvesse a garantia da consolidação destes espaços. Contudo, Moreira e Escorel (2009) asseveram que há atribuições legais de responsabilidade das secretarias municipais, estaduais e do Distrito Federal, para tal provimento dos conselhos, mas não há obrigatoriedade quanto à destinação de recursos para o funcionamento desses espaços, o que acaba recorrendo em sucateamento, que comumente contam com pouca estrutura, poucos equipamentos e equipe reduzida. Para os autores a dependência e a desorganização funcional dificultam sobremaneira a consolidação dos conselhos, enquanto, instância deliberativa dos diferentes segmentos interessados no processo decisório das políticas públicas de saúde, locais. “Afetam, portanto, a liberalização do setor, usurpando o poder de intervenção daqueles atores nos rumos das decisões sociais” (Moreira & Escorel, 2009, p. 800).

Esta breve explicitação sobre a gênese e o funcionamento de um Conselho de Saúde, é necessária para refletirmos sobre o Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco, considerando que nesta instância realizamos o levantamento das atas de reuniões entre os anos de 2004 e 2018. Vale lembrar que o período que havíamos proposto de levantamento desses documentos correspondiam ao ano de 1991 ao ano de 2018. Considerando o ano de 1991 como o marco inicial deste levantamento em função do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco ter sido estabelecido por meio da Lei nº. 964 de 8 de outubro de 1991 da Prefeitura Municipal de Rio Branco. Entretanto, mesmo por meio de solicitações via endereços eletrônicos, telefonemas e idas presencialmente ao Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco, informaram que desconheciam onde estariam arquivadas as atas desse Conselho, correspondente aos anos anteriores ao ano de 2004⁶⁴. Verifiquemos a seguir a organização das atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco a que tivemos acesso e foram analisadas:

⁶⁴ De acordo com Klein (2010), toda a década de 1990 foi marcada por intensas crises no âmbito da implantação do SUS no Estado do Acre. O autor aponta que, entre 1988 e 1993, o município de Rio Branco não ofertava nenhum cuidado em saúde, apenas tinha a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, mas sem oferta de serviços. O processo de descentralização dos serviços foi lento e permeado por conflitos, somente entre os anos de 2000 e 2002 que se implementou o processo de descentralização, no ano de 2003 ainda haviam algumas Unidades Básicas de Saúde sob gestão estadual. Apontou o difícil processo de descentralização do SUS e as crises na saúde pública que tiveram como desencadeamento a intervenção do Conselho Nacional de Saúde e a suspensão de verbas federais para o Fundo Municipal de Saúde. Relatou também sua dificuldade no processo de sua pesquisa de doutorado em encontrar atas ou registros das reuniões da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde, que datavam a década de 1990. Este cenário pode explicar, mas não justificar a falta de registros de mais de uma década das instâncias colegiadas do SUS no município de Rio Branco.

Tabela 5*Atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco*

Atas analisadas	Anos Consultados	Ocorrência da temática saúde mental e/ou afins (Número de Atas)	Anos com maior ocorrência da temática saúde mental e/ou afins
155	2004 a 2018	28	2015 e 2018

Elaborado pela autora.

Tabela 6*Levantamento de temas do âmbito da saúde mental que surgiram nas atas analisadas das reuniões do CMS de Rio Branco⁶⁵*

Anos das ocorrências de temas sobre saúde mental nas atas analisadas	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018
Ocorrência	Conferência Municipal de Saúde Mental; desenho dos serviços de Saúde Mental em território acreano (fala sobre alguns dispositivos em alguns municípios).	Emenda Parlamentar para construção de um CAPS II em RB.	Autismo; implantação de uma Unidade de Acolhimento Transitório em RB para o público em uso abusivo de álcool e outras drogas; defesa de comunidades terapêuticas; plano de ação de enfrentamento ao crack e outras drogas.	Comunidades terapêuticas e financiamento (Lei Municipal); uso abusivo de álcool e outras drogas.	Autismo; TDAH; Consultório na Rua (descrição do funcionamento).	Autismo; TDAH; descentralização do atendimento em saúde mental (fortalecimento da RAPS e fechamento do Hosmac); falta de informação sobre o atendimento em saúde mental; pauta sobre implantação de um CAPS II em RB.	Autismo; comunidades terapêuticas; inauguração do CAPS II Samaúma; visita ao Consultório na Rua; possibilidade de retorno de representatividade da Apasama-ad no CMS de Rio Branco.

Elaborado pela autora.

Temos, então, um total de 155 atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco analisadas⁶⁶, correspondente ao período de 2004 a 2018. Contudo, vale apontar que também não estavam completas em cada ano, ou seja, tiveram anos que possivelmente não houve as reuniões regulamentares mensais, ordinárias. Nesta via de análise, nosso objetivo foi

⁶⁵ No texto optamos por apresentar os excertos das atas pelo recorte temporal e não por categorias, pois entendemos que seria importante analisar o que era abordado sobre temáticas relacionadas à saúde mental a cada ano, se havia seguimento e encaminhamentos das proposições, bem como quais temas surgiam como pauta no que tangia a saúde mental.

⁶⁶ Na apresentação dos fragmentos dessas atas analisadas, optamos por resguardar a identidade dos conselheiros e/ou participantes das reuniões. Desta maneira, utilizamos apenas as iniciais dos nomes que constam em tais atas de reuniões do CMS de Rio Branco.

identificar nas atas das reuniões, as pautas concernentes às políticas de saúde mental, álcool e outras drogas, voltadas para a RAPS como a implantação de serviços e estratégias de cuidado, desinstitucionalização dos pacientes do Hosmac, financiamento e recursos para projetos, cursos e/ou capacitações. Neste sentido, consideramos também temáticas afins ao campo da saúde mental, como, por exemplo, pautas relacionadas especificamente ao autismo ou Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Cabe o destaque quantitativo quanto ao número de atas que surgem tais temáticas, apenas 18% do total de atas analisadas surge em determinado momento, alguma fala ou pauta sobre o âmbito da saúde mental. Devemos considerar que, entre os anos de 2004 e 2009,⁶⁷ não identificamos nenhum tipo de abordagem, reivindicação ou pauta relacionada com as Políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, bem como não houve registros no ano de 2016 e 2017. Seguem trechos das atas:

Dando continuidade foi discutido o 2º item da pauta Conferência Municipal em Saúde Mental, a Diretora do DGP (Departamento de Gestão de Pessoas) iniciou dizendo que é uma Conferência que está sendo puxada pela saúde e que o município de Rio Branco tem que realizar sua própria Conferência, que conforme o número de habitantes o público será para 100 pessoas divididas em 60 delegados, 30 observadores e 10 convidados, que será necessário criar uma comissão para realizar tal Conferência, que serão encaminhados 10 delegados para a Estadual, que a indicação dos delegados será por ordem de chegada no dia do evento, que os Conselheiros Titulares são delegados natos e propôs a realização no dia 05 de maio. As conselheiras H.F. e N. P. disseram que apenas um dia é pouco para debater com qualidade os três eixos e subeixos propostos pelo CNS, a Conselheira H. solicitou para a próxima reunião que a Área Técnica de Saúde Mental venha fazer uma explanação de como está a política no estado, como está o fluxo e o que avançou. O presidente também concordou que amplie os dias para uma discussão com qualidade, desta forma ficou deliberado que a Conferência será dias 04 e 05 de maio e a comissão se reunirá para tratar das demais pendências (Ata da Reunião Extraordinária do CMS de Rio Branco/AC, 15 de abril de 2010).

Após esta reunião, ocorreu uma das pautas a Conferência Municipal de Saúde Mental. Nesta reunião, a conselheira, representante da Secretaria Municipal de Saúde (Sems) de Rio Branco, fez um resgate da situação no qual o município de Rio Branco encontrava-se no que

⁶⁷ Cabe lembrar que de acordo com Leal et al., (2013) a área técnica de saúde mental da Sems, somente foi criada no ano de 2005.

diz respeito às políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas. Apontou déficit de profissionais assistentes sociais nos serviços, e, de acordo com o retrato indicado pela conselheira, havia avanços uma vez que existia um protocolo de atendimento, ampliação da lista de medicamentos; e houve recurso de 200 mil reais provenientes de emenda parlamentar para investimento ou construção de CAPS previsto para o ano de 2011. Ainda nesta reunião, a coordenadora estadual de saúde mental, X. C., apresentou o desenho da saúde mental no Estado do Acre. Segue um excerto da fala da coordenadora:

... falou que é ofertado o serviço de leitos de desintoxicação para usuários de álcool e outras drogas, em Rio Branco, existe um CAPS AD que atende todos que o procuram e, o município de Rio Branco por ter mais de 20 mil habitantes pode-se pensar em CAPS I, II e III, que no município de Cruzeiro do Sul existe um CAPS II, falou ainda que as equipes de profissionais que atuam na saúde mental precisam ter uma supervisão constante porque a equipe também adoece, ressaltou a importância da especialização em saúde mental, disse que nem todos os profissionais tem perfil para atuar nessa área, portanto é necessário o aperfeiçoamento dos profissionais para a efetiva implantação dos NASF. A Conselheira H. disse que se preocupa com algumas estruturas que já estão instituídas e perguntou qual a proposta da formação da rede, onde esse fluxo vai garantir atendimento integral? A coordenadora X. disse que a porta de entrada do usuário no SUS é na Atenção Básica, que a rede ainda está falha mais a Conferência vem justamente para discutir e construir esta rede (Ata da Reunião Ordinária do CMS de Rio Branco/AC, 29 de abril de 2010).

É importante destacar que no ano de 2010, quando surge em duas reuniões a temática saúde mental, está atrelada à IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que veio acontecer em Brasília em julho de 2010. Neste sentido, percebe-se que as duas reuniões ocorreram em abril de 2010 para discutir a situação vigente da saúde mental em território acreano, para o então planejamento e efetivação da Conferência Municipal de Saúde Mental de Rio Branco. Os fragmentos das atas representados acima demonstram que mesmo após nove anos da Lei 10.216/2001, o município de Rio Branco contava em 2010, apenas com um CAPS ad. Foi falado também sobre a emenda parlamentar de 200 mil reais para a possível construção de um CAPS para os cuidados de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, em 2011 no

município de Rio Branco, o que também não ocorreu, somente em 2018 foi inaugurado o CAPS II Samaúma, voltado para este público.

Não houve discussão ou pedido de apresentação dos recursos federais destinados às Políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Outro fator que vale o destaque é representatividade do Conselho Regional de Psicologia (CRP), ou melhor, a não representatividade, ao analisarmos as duas atas correspondentes às duas reuniões do ano de 2010, nas quais surgem a temática saúde mental, o CRP, na época, seção 20 (AC, RO, AM, RR), não ocupava cadeira no CMS de Rio Branco⁶⁸. Também não havia nenhuma outra entidade ou organização social que representassem as reivindicações de usuários, familiares no âmbito da saúde mental. Foi possível verificar que as falas que de algum modo requeriam o posicionamento da Área Técnica de Saúde Mental da Semsa, foi da conselheira que era representante da UFAC. Outro fato é que após essas duas reuniões em abril de 2010, há apenas o registro, em ata, de outra reunião em outubro de 2010, ficando, desta forma, no limbo as informações sobre a Conferência Municipal de Saúde Mental, ocorrida em maio de 2010, considerando que não houve registro em atas de reuniões deste Conselho, nenhum tipo de relatório, avaliação ou encaminhamentos desta Conferência, constam nas atas analisadas.

Considerando este cenário do CMS de Rio Branco e as pautas relacionadas às Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, faz jus lembrarmos a função do Conselho como fundamental no processo de reestruturação da assistência em saúde. Ventura, Teleni e Brito (2014) dissertam que:

Esta reestruturação não é apenas uma questão técnica, pois envolve expectativas, demandas e comportamentos dos atores envolvidos na prestação da atenção, desde gestores até usuários, e implica a reformulação das relações entre esses atores. Nessa perspectiva, espera-se que os Conselhos de Saúde não apenas atuem como instâncias de controle social, mas também como espaços de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem (p. 2016).

Os autores Ventura et al., (2014) nos chamam a atenção para a atuação dos Conselhos numa linha meramente técnica, como cumpridora apenas de normas para que ocorra o repasse de recursos federais aos municípios, estados e Distrito Federal. Sobre esta formação de

⁶⁸ No ano de 2022, entramos em contato com CRP/24 - Seção Acre para saber se participava do CMS de Rio Branco. Obtivemos a resposta de que não ocupavam nenhuma cadeira no conselho.

conselhos comprometida tão somente com a exigência legal de sua existência, Acirole acrescenta:

... devemos apontar uma ressalva: a de que este processo possa em grande parte estar influenciado – e, neste caso, negativamente - pela exigência legal da existência dos conselhos como critério de habilitação dos municípios a receber transferência dos recursos federais para o custeio das ações do SUS. É bem possível, outrossim, que, diante desta característica de baixa cultura participativa, as soluções de montagem dos conselhos tenham sido em sua maioria de cunho burocrático ou clientelista, o que compromete a chancela da defesa do interesse público (Acirole, 2003, p. 69).

Consiste num risco ao qual os Conselhos podem incorrer, embora não possamos afirmar que seja o caso do CMS de Rio Branco, mas podemos inferir que há, ao menos com base em nossa temática de estudo, certo esvaziamento de pauta para discussões, fiscalizações e reivindicações no que tange a saúde mental, com base em nosso levantamento das atas de reuniões. Verifiquemos que, após as duas aparições nas duas atas de reuniões de 2010, somente em agosto de 2011 surge novamente a temática no CMS de Rio Branco, mais de um ano. Contudo, nesta ata de 2011 consta a apresentação aos conselheiros, o panorama da saúde em diferentes áreas, inclusive a Área Técnica em Saúde Mental, não foi descrito em ata como se encontra cada uma dessas áreas. Apenas é relatado que cada área técnica por meio de seu gerente expôs seus objetivos, a integração com outras áreas, as ações desenvolvidas, a área de atuação, os gráficos comparativos dos últimos três anos, os resultados, as dificuldades e os avanços.

Houve algumas sugestões de conselheiros, no entanto, nenhuma que contemple a Área Técnica de Saúde Mental e descrita de forma bastante objetiva e sucinta, sem compreender o teor do que foi debatido na reunião. Tatagiba (2005) dá ênfase à paridade na formação dos conselhos, mas não apenas de paridade numérica, mas de equidade no que tange a capacidade de decisões nestes espaços, ou seja, que a relação entre Estado e sociedade seja mais equânime. Neste sentido, está colocando em pauta a relação entre conselheiros e entidades, e especialmente a pluralidade, considerando que alguns conselheiros, sobretudo a categoria usuários não compreendam o papel real e a sua importância no interior dos conselhos e, por vezes, sejam tragados pela linguagem hermética dos representantes da gestão e trabalhadores. Assim, para a autora, não há equivalência real se não houver a qualificação de conselheiros no

que diz respeito às suas funções nos conselhos, mas haveria uma intensa e contínua disputa pela hegemonia nestes espaços.

Serapioni e Romani (2006), em seus estudos sobre instâncias colegiadas dos sistemas de saúde da Itália, Inglaterra e Brasil, frisam que nos três países há questionamentos quanto à representatividade no interior destas instâncias, identificando que a concentração de informações nos segmentos de gestores, trabalhadores/técnicos, influenciam diretamente nas deliberações dos conselhos. A pesquisa demonstra que, às vezes, a participação dos conselheiros usuários é tímida perante os debates levantados pelos conselheiros gestores e trabalhadores/técnicos, e, por sua vez, acreditam não ter qualificação suficiente para pautar os debates nas reuniões, e, assim, calam-se diante de importantes questões deliberadas no interior do conselho. Na tessitura desta possível problemática que pode acontecer nos Conselhos, os autores ainda reiteram a importância dos usuários serem representantes de entidades ou alguma organização da sociedade civil, levem para os debates para as suas entidades de origem as questões levantadas no Conselho e assim não sucumbam aos grupos com maior capacidade argumentativa ou até mesmo de persuasão. Desta forma, não terem os reais problemas da comunidade atendidos ou terem suas pautas desconsideradas, tidas como de menor relevância. Esses são aspectos que precisam ser observados na formação dos Conselhos. Nas atas que tivemos acesso é comum percebermos que os debates são pautados ou por conselheiros representantes da gestão ou do segmento de trabalhadores, corroborando a pesquisa de Serapioni e Romani (2006). Isso pode demonstrar que algumas áreas da saúde sejam pouco debatidas e, conseqüentemente, haja escassas reivindicações, caso não seja de interesse ou de atuação destes segmentos de conselheiros.

Prosseguindo com as leituras das atas, obtivemos, no ano de 2012, duas atas que aparecem nosso tema de estudo. Na ata de reunião extraordinária de 9 de maio de 2012, uma das pautas é a apreciação do projeto para implantação da Unidade de Acolhimento Transitório no município de Rio Branco para homens e mulheres com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. A apresentação do projeto foi realizada pela conselheira suplente da Semsa que, no período, era diretora do Departamento de Assistência à Saúde (DAS). A conselheira reitera a necessidade do serviço para este público usuários da rede e afirma ter sido uma proposta da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Rio Branco e que estava incluída no Plano Municipal de saúde 2011/2013. Informou ter havido reajustes na proposta entre a Semsa e o Ministério Público, este último havia reforçado a importância do cuidado desta população e que a decisão da construção da Casa de Acolhimento teria se confirmado numa das reuniões da Área Técnica de Saúde Mental e o Ministério Público Estadual. A conselheira ressaltou que

a porta de entrada deste público são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que contam também com leitos hospitalares de desintoxicação no Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (Huerb), mas que por motivo de reforma, atendimento desta natureza estava acontecendo no Hosmac, provisoriamente. Além destes serviços, a então diretora do DAS avisou que contam com as casas terapêuticas⁶⁹, “que têm contribuído muito no atendimento a essa população”. A conselheira continuou sua exposição:

A diretora continuou sua fala colocando que havia uma lacuna, referente aos pacientes que saíam da desintoxicação hospitalar e não tinham para onde ir, e que hoje eles estão indo para as casas terapêuticas. Informou ainda que existe um momento de adaptação para esse paciente para que os mesmos possam dar continuidade ao tratamento nas referidas casas terapêuticas. A diretora explicou que devido a esse fato ficou articulado com o Ministério Público Estadual o projeto de implantação de uma casa de acolhimento para inserção social desses pacientes. A diretora do DAS, R. W. finalizou sua apresentação dizendo que essas unidades têm como legislação as Portarias MS/GM 3.088 e MS/GM 121 (Ata da Reunião Extraordinária do CMS de Rio Branco/AC, 12 de maio de 2012).

O conselheiro, nomeado na ata de reunião como, P. J., indagou a coordenadora da Área Técnica de Saúde Mental sobre uma “minicracolândia” no município de Rio Branco. A coordenadora S. H. afirmou que o Ministério da Saúde faz um levantamento desses espaços e já havia identificado esse lugar com mais de 300 usuários. Além disso, afirmou que, em 2011, esse local fora identificado; a necessidade de ter sigilo nas informações por causa da polícia; e ressaltou que as ações para o ano de 2012 eram as etapas de entrevistas e testagem rápida para (hepatite, HIV, sífilis, tuberculose etc.), pois estes dados são importantes para a implantação das políticas públicas voltadas para este público. Desse modo, foi aprovado pelo plenário a construção da Casa de Acolhimento. Vale ressaltar que nesta reunião esteve uma representante do Ministério Público Estadual do Acre, embora na ata não haja registro de manifestação por parte deste.

Esta ata de reunião está marcada por ambiguidades, discute-se a aprovação de um projeto de construção de uma Unidade de Acolhimento para as pessoas em situação de uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, como um serviço de suporte e retaguarda para o CAPS ad

⁶⁹ O termo “casas terapêuticas” utilizado pela diretora do DAS é referente às comunidades terapêuticas.

de Rio Branco, e, ao mesmo tempo, reforçam as casas terapêuticas, retratadas nesta ata de reunião, ou comunidades terapêuticas, como fundamentais quando diz respeito à assistência deste público. No mínimo, diríamos que há desconhecimento dos princípios da reforma psiquiátrica, embora haja citação da Portaria MS/GM 3.088 de 2011, que institui a RAPS para as pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, ao defender as comunidades terapêuticas como serviço essencial no cuidado destes usuários, revela que conhecer a legislação não corresponde a compreender e defender os princípios da reforma psiquiátrica brasileira.

Esta fonte documental nos levou a refletir sobre o que se entende por reforma psiquiátrica no âmbito da gestão municipal de saúde de Rio Branco e o lugar destinado à loucura. A partir da fala de conselheiros de um Conselho Municipal de Saúde, que deve reivindicar, fiscalizar e participar da construção de políticas públicas de saúde, que coadunem com o cuidado e a assistência das pessoas, e, no caso da saúde mental, que estejam atentos e zelem para não manter e reforçar práticas excludentes e estigmatizantes. Pitta (2011, p. 4.581) já apontava essa postura, “Entretanto, observamos que o confinamento e a exclusão da loucura e do uso abusivo de drogas está presente entre políticos, legisladores, gestores, acadêmicos, mídia e no imaginário de setores hegemônicos da sociedade”. Devemos ainda frisar que ao observarmos as filiações das entidades dos conselheiros, nesta ata de reunião de 12 de maio de 2012, não havia representantes do Conselho Regional de Psicologia, por exemplo. No entanto, havia conselheiros ligados às comunidades terapêuticas, o que nos levou a indagar se o CMS de Rio Branco estaria sendo conivente com normativas que contribuem para o esvaziamento da reforma psiquiátrica, e, desta forma, tendo o aval do poder público. Mas como nos lembra Pitta (2011, p. 4.583), “a história, assim como a vida, ‘vem em ondas como o mar’”, e o passado teima em persistir, mesmo quando o tempo e as estratégias se alteram e avançam. A autora ainda aborda as vicissitudes da consolidação da reforma psiquiátrica brasileira (RPB):

E ao deslocar seu foco de luta, a RPB começa a padecer do mesmo mal que acometeu a Reforma Sanitária – afastar-se ou ser afastada do movimento social. Depositam-se nos que ocupam circunstancialmente funções de poder todas as esperanças para, a seguir, isolá-los de toda a força, vitalidade e princípio de realidade que somente os sujeitos reais e concretos, nos seus locais de ação podem nutrir. De outro lado, a oposição, a tensão, o questionamento e as críticas às políticas executadas pelo Estado, vindas do movimento social, passam a ser vistas como ataque ou obstáculo ao processo de Reforma pelos que

a estão executando. Talvez nesse pêndulo esteja a força da radicalidade e da prudência necessárias à sobrevivência do movimento (Pitta, 2011, p. 4.586).

Vejamos que o enfraquecimento dos movimentos sociais na luta antimanicomial e a não ocupação de espaços deliberativos, como devem ser os conselhos municipais de saúde, abrem portas para a manutenção e implementação de práticas excludentes e asilares, travestidas de uma nova roupagem. Delgado (2011) enfatiza que são os princípios do SUS que norteiam a reforma psiquiátrica, a universalidade do atendimento, como direito de todos, a equanimidade, baseado no princípio de inclusão, deve haver condições para o cuidado de todos, conforme a necessidade de cada indivíduo. A descentralização, como forma de evitar a desterritorialização do usuário, ofertando o cuidado mais próximo e diverso para a população. O quarto princípio é pensar a assistência atrelada à integralidade, pensando os serviços e que todos os dispositivos estejam preparados para cuidar do usuário, em todas as suas necessidades. E por fim o controle social, como forma de participação na construção das políticas públicas, “... protegendo os Conselhos de Saúde da manipulação política e desinformação” (Delgado, 2011, p. 4.704).

No que tange em especial as políticas públicas de saúde mental voltadas para as pessoas que fazem uso abusivo de *crack*, álcool ou outras drogas, vale salientar que se trata de uma discussão mais ampla e complexa, do que apenas identificar “miniracolândias” na cidade, não é viável pensar os aspectos referentes ao uso abusivo de drogas, apenas pela perspectiva de medicalizar os problemas sociais. Essa é uma frente da saúde que é bastante complexa e necessita de aprofundamento e conhecimento para se pensar e fazer políticas públicas para estes usuários. Sabe-se que é comum utilizar esta pauta para reacender as chamas dos manicômios, ou dos novos manicômios, as comunidades terapêuticas. Esta é uma temática que, por sua vez, inflama um clamor pelo isolamento, pela tutela e faz reviver a estrutura manicomial arraigada em nossa sociedade. Em relação ao cuidado destes usuários, Delgado (2011, p. 4.705) afirma “É inaceitável, assim, usar o terror e o pânico para buscar legitimidade para a internação prolongada própria da obsoleta cultura manicomial”.

Bolonheis-Ramos e Boarini (2015) assinalam que esta discussão sobre o uso de substâncias psicoativas é histórica e complexa, como já arrolavam os trabalhos dos higienistas da Liga Brasileira de Higiene Mental, no início do século XX. Lembram-nos de que as Comunidades Terapêuticas (CTs) passaram a receber financiamento do SUS e a fazer parte da RAPS, conforme a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011). Todavia, há questionamentos sobre tal medida tendo em vista que muitas CTs não se caracterizam nem se

adequaram aos moldes de um serviço de saúde e, por fim, perpetuam práticas de caráter higienista. As autoras acrescentam:

Por fim, queremos destacar que diferentes forças, interesses e necessidades, de cunho social, político e econômico, vêm tecendo a complexa história da saúde pública brasileira e da atenção aos usuários de drogas. Sabemos que os problemas decorrentes do uso/abuso de substâncias psicoativas, seja no Brasil ou em qualquer parte do mundo, não se restringem à esfera da segurança pública, da educação ou da saúde, que historicamente, em nosso entendimento, tem arcado com a maior parte dessa conta. As questões de cunho político-econômico também devem perpassar as discussões e as propostas de enfrentamento dessa problemática, questões essas que têm constituído importantes entraves às ações que priorizam a saúde e o desenvolvimento da autonomia dos usuários. Assim, seja no apogeu do movimento higienista no Brasil ou na atualidade, interesses de alguns setores continuam atuando na manutenção de práticas que promovem a internação e o isolamento dos usuários de álcool e outras drogas, como a história vem nos mostrando por meio dos asilos, manicômios, hospitais-colônias, comunidades terapêuticas (Bolonheis-Ramos & Boarini, 2015, p. 1.244).

O Conselho Federal de Psicologia (2018) manifestou-se contra esse financiamento das CTs pelo SUS, retomando a base da reforma psiquiátrica voltada para o cuidado em liberdade, no território e com uma rede que conte com diferentes dispositivos, como os CAPSad, Unidades de Acolhimento, consultórios de ruas, leitos em hospitais gerais para o caso da necessidade de internação no que tange os casos graves de intoxicação e/ou abstinência, prezando sempre pela rede de apoio social e familiar, na ótica do cuidado da lógica da atenção psicossocial. Em tom de vigilância, não podemos deixar de mencionar o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, publicado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2018), participaram na confecção deste relatório outras instituições além do CFP, como o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal; e, em suas análises, apresentam várias violações de direitos, tais como o caráter asilar das Comunidades Terapêuticas, a retenção de documentos ou dinheiro, a violação de sigilo de correspondência, irregularidades envolvendo internações involuntárias e compulsórias e internações involuntárias que foram convertidas em voluntárias, entre outros abusos e violações de direito.

Ainda no ano de 2012, na reunião Ordinária do CMS de Rio Branco de 2 de agosto de 2012, surgem duas pautas referentes à saúde mental, sendo uma dela sobre o autismo e a outra sobre o Plano de Ação de Enfrentamento ao *crack* e outras drogas de 2012 por meio do Decreto nº 7.179/10. Sobre o autismo, a presidente do conselho, E. M., refere a importância de uma entidade que represente este público ou que deveriam fazer parte da Central de Articulação das Entidades da Saúde (Cades), tendo em vista que normalmente esta ocupa vaga no CMS de Rio Branco. Afirmou ter conversado com o coordenador da entidade dos autistas e que percebeu que este teria bastante conhecimento do assunto e assim verificou a possibilidade da realização de um seminário junto com o Hosmac, no mês de outubro, na Semana de Saúde Mental, com duração de três dias para que esta população compartilhe suas experiências e necessidades. A presidente do Conselho salientou que há autistas sendo tratados como “doentes mentais no Hosmac”, e que o Estado ainda não havia disponibilizado um neuropediatra. Em conversa pessoal com o governador do estado e a primeira-dama, estes haviam se comprometido de trazer um profissional neuropediatra para atendimento no estado do Acre. Segundo a presidente, esta é uma questão a ser debatida em tal seminário. Sobre o Plano de Ação de Enfrentamento ao *crack* e outras drogas quem apresentou foi uma técnica da Área de Saúde Mental, T. de J. C., como se segue:

A técnica informou ainda que a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco vem desenvolvendo ações que objetivam a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários fortalecendo a rede de atenção primária. A técnica citou como exemplo a Unidade de Acolhimento e o Consultório na Rua. A técnica T. de J. informou ainda que o Plano tem como objetivo a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, direitos humanos entre outros, tudo de acordo com as diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas. A técnica expõe os objetivos específicos do Plano, informando sobre orçamento, as metas e as ações que estão sendo desenvolvidas no ano de 2012 (Ata da Reunião Ordinária do CMS de Rio Branco/AC, 2 de agosto de 2012).

A ata desta reunião não explicita os debates suscitados de nenhuma das duas pautas envolvendo a saúde mental, tendo em vista que não há nenhum relato em ata sobre a manifestação dos conselheiros quanto à questão do autismo está sendo tratada no Hospital Psiquiátrico de Rio Branco e nem questionamentos ou solicitações que discutam a implantação de um CAPS i, o CAPS infantojuvenil, bem como ficou confuso se há uma parceria da entidade

dos autistas com o Hosmac, uma vez que pensariam em parceria para a realização do Seminário. Sobre o Plano de Ação de Enfrentamento ao *crack* e outras drogas, apenas foi dito que após apresentação e discussões, o plenário aprovou o Plano, mas não destaca no texto essas discussões e nenhum encaminhamento.

Em 2013, a pauta sobre as Comunidades Terapêuticas voltou para o CMS de Rio Branco. Desta vez, a pauta refere-se às adequações das CTs conforme a Lei nº 1.992 de 18 de julho de 2012, que, segundo a conselheira e presidente do CMS de Rio Branco, E. M. foi criada por meio de um projeto de lei do vereador R. V., no qual aloca recursos para as CTs. A presidente relata que houve alterações nesta lei para que com as adequações as CTs recebam os recursos. Destacou que as CTs realizavam reuniões para tratarem das adequações e, então, receberem proventos do SUS. Ainda nesta reunião convidou para falar a presidente do Comad, E. F., que, por sinal, discorreu sobre a criação do Comad, em 2009, que estava ligado à Secretaria Municipal de Assistência Social, mas havia sido informada que este Conselho pertence à Secretaria de Saúde e faria interfaces com outras áreas.

E. solicitou uma reunião extraordinária do CMS de Rio Branco para tratar exclusivamente sobre saúde mental e a dependência de álcool e outras drogas, considerando que as CTs tiveram reunião com o secretário municipal de saúde e que este havia sugerido que o CMS delibere sobre a tal lei, aprovando uma resolução que este recurso seja destinado somente para adequações das CTs, para que tenham seus registros aprovados e possam ser financiadas com verbas do SUS. A presidente do Comad enfatizou que por meio de sua câmara técnica tem feito um mapeamento para conhecer a realidade e propor melhorias. A presidente do CMS de Rio Branco, indicou que para as CTs ficarem regularizadas e receberem os recursos do SUS, o Comad terá que definir critérios e criar certificações de adequação. Para o conselheiro, A. F., a Vigilância Sanitária também precisa participar destas reuniões. Após estas exposições tiveram como encaminhamento, realizar uma reunião extraordinária, junto com o Comad, para definir os critérios de adequação das CTs e para que estas recebem os recursos regulamentados pela Lei nº 1.992 de 18 de julho de 2012, e assim cumpram os requisitos para ficarem aptas a serem financiadas pelo SUS.

Em reunião ordinária do CMS de Rio Branco em 25 de julho de 2013, uma das pautas foi sobre a deliberação do CMS, referente aos recursos oriundos da Lei nº 1.992 de 18 de julho de 2012, que instituiu o Programa Municipal de Incentivo às Instituições que prestam serviços de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas. E. F., presidente do Comad “fez uma breve explanação sobre a minuta da resolução do Conselho Municipal de Saúde que aprovou as recomendações sugeridas pelo Comad”. Desta forma, os

recursos oriundos da Lei nº. 1.992 de 18 de julho de 2012 foram destinados para as adequações das CTs, para que estas cumprissem as exigências que constavam na resolução 29 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 30 de junho de 2011. Teve ainda a fala da assessora da Cades, V. L., que informou sobre os encaminhamentos das CTs e falou sobre o recebimento de emendas parlamentares.

Houve apenas o registro do posicionamento de um conselheiro que foi sobre a adequação das CTs para acessibilidade para deficientes. No dia 26 de setembro de 2013 em reunião ordinária do CMS de Rio Branco esta pauta retornou, retomando a ideia de que o edital proposto pela Lei nº 1.992 de 18 de julho de 2012 seja para adequação física das CTs e que, para isso, haviam realizado uma consulta ao Ministério Público do Estado (MPE) com o intuito de solicitar a prorrogação do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) que se refere à resolução da diretoria colegiada no que tange os requisitos necessários para as instalações de comunidades terapêuticas e seu funcionamento de acordo a vigilância sanitária e os encaminhamentos sobre tal resolução ao CMS de Rio Branco. Desta forma, estariam se adequando aos critérios para que então fosse lançado o edital, e para que o máximo de CTs pudesse concorrer ao recurso preconizado pela Lei Municipal.

Convém enfatizar que, entre os anos de 2012 e 2013, as reuniões do CMS de Rio Branco quando pautaram questões relacionadas à saúde mental, estavam voltadas para temáticas do uso abusivo de álcool e outras drogas e sobre o financiamento das comunidades terapêuticas. Para Andrade (2011), Delgado (2011) e Pitta (2011), a aceitação por parte da comunidade de serviços que possuem características asilares e que promovem o afastamento do usuário de seu meio, afastando de sua família e local de pertencimento, com o objetivo de internação prolongada e recorrendo à lógica da exclusão, parte da falta de investimento nos serviços substitutivos e pelo pânico que é gerado quando se trata do uso de álcool, *crack* e outras drogas. Bolonheis-Ramos e Boarini (2015) destacam o retrocesso desse investimento nas CTs:

... o incentivo às CTs com recursos públicos constitui um retrocesso com consequências muito sérias, uma vez que sinaliza a ideia de que deve existir um local específico para atender aos usuários de drogas, isolados de sua comunidade, o que contribui ainda mais para sua estigmatização. Além disso, os serviços que se pautam unicamente na abstinência acabam tendo uma adesão baixa por parte dos usuários (Bolonheis-Ramos & Boarini, 2015, p. 1.238).

O usuário de drogas, principalmente as ilícitas, carrega o peso do estigma, a marca que o denuncia e o marginaliza, imagem associada sempre há algo pejorativo, e sob a justificativa de “tratamento”, as práticas utilizadas os isolam e os escondem, nos remetendo ao ideário higienista do início do século XX. Bolonheis-Ramos e Boarini (2015) nos demonstram que, resguardando as mudanças que ocorrem entre passado e presente, a história nos conta e ensina, pois:

As práticas utilizadas nos dispositivos que atualmente são chamados para resolver o problema – como as CTs – remetem-nos aos encaminhamentos adotados nos antigos asilos, colônias e reformatórios do início do século XX. Instituições essas, como verificamos em nosso estudo, que foram questionadas por integrantes do próprio movimento higienista, e cuja eficácia, historicamente, não apresenta registros de resultados positivos (Bolonheis-Ramos & Boarini, 2015, p. 1.243).

Oliveira (2009) verificou que a CT era uma das principais alternativas de tratamento conhecidas pelos usuários de drogas em situação de rua. Aqueles que haviam passado pela experiência de internação nestas comunidades abandonaram o suposto tratamento devido às normas rígidas, a rotina cansativa e a obrigatoriedade de orações ao longo do dia que dificultavam a permanência nestes locais, além da abstinência ser prioritariamente admitida neste tipo de intervenção, nem sempre é possível e almejada por todos os usuários. Mesmo diante de todos estes questionamentos, fundamentadas em estudos e pesquisas, as atas de reuniões do CMS de Rio Branco não apresentavam e nem discutiam estas questões, pelo contrário, pareceu sempre reforçar e apoiar esse tipo de estratégia de “tratamento para este público”.

Com a aprovação da Lei Federal 10.2016/2001, foi implantado no ano de 2002 o primeiro CAPS na capital acreana de modalidade ad (álcool e outras drogas). A implantação dos serviços segue a lógica da cidade, da sua organização social, portanto, a aparente preocupação em destinar lugares para este público também motivou a implantação do Serviço de Desintoxicação de Álcool e outras Drogas, inaugurado em 2004, num hospital geral de Rio Branco, em conformidade com a Portaria nº 817, de 30 de abril de 2002. De acordo com Ferreira (2006), nesta época, era uma assistência ofertada especificamente em Rio Branco, não tendo encontrado tal serviço em outros estados da federação.

Neste sentido, é necessário entender quais condições ou necessidades, daquele período, levaram a Secretaria Estadual de Saúde do Acre a implantar um serviço desta natureza, tendo

em vista que não havia, ao menos na capital, Rio Branco, leitos de saúde mental em hospital geral nem um CAPS voltado para os cuidados de pessoas com transtornos mentais graves e/ou persistentes. Conforme depreendermos em nosso processo de pesquisa, foi que em período aproximado as comunidades terapêuticas começaram a ter forte representatividade no Conselho Municipal de Saúde e, posteriormente, a normativa as colocou como parte da RAPS, houve a criação da Lei Municipal nº 1.992 de 18 de julho de 2012, a qual tinha como proposição destinar recursos para a adaptação das CTs para que ficassem aptas para o recebimento de recursos do SUS. Nesta perspectiva, realizamos um levantamento pelos sítios eletrônicos de busca, e constatamos a existência de mais de 14 comunidades terapêuticas em Rio Branco.

O fato é que os primeiros serviços substitutivos implantados na capital acreana, Rio Branco, foram especificamente para o segmento ad (álcool e outras drogas). Neste sentido, é preciso levar em conta a região de fronteira que se encontra o Estado do Acre, o que desencadeia questões relacionadas ao tráfico de drogas, criminalidade, além do desemprego, entre outras problemáticas que podem estar entrelaçadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas pela população acreana. No entanto, requer a ampliação de pesquisas pertinentes a tais aspectos.

A concepção higienista de sanitização das cidades e o manicômio como o destinatário das mazelas sociais parecem também ter vigorado por esta região, bem como o discurso da epidemia das drogas. Como relata Costa (1989, p. 19), já na década de 1980 afirmava-se “Que o asilo e sua Psiquiatria são o retrato em negativo da violência sócio-política brasileira, todos sabemos de cor e salteado! Que a Psiquiatria se mostrou, até agora, conivente com o horror asilar, também isto tornou-se moeda corrente em nossos trabalhos científicos ...”. O autor nos convoca ainda a uma revisão corajosa e honesta de nossos trabalhos intelectuais, confrontado estas práticas e explicitando, “a cumplicidade científica da Psiquiatria com as razões de Estado” (p. 19).

Sobre o Serviço de Desintoxicação de Álcool e outras Drogas ou como também nomeado Serviço Hospitalar de Referência Álcool e outras Drogas, somente foi alterado para leitos de saúde mental no ano de 2012, o que implicaria um serviço para assistência e cuidado intensivo de pessoas com transtornos mentais, independentemente de ser em decorrência do uso de álcool e outras drogas, em período de crises. Embora tenha ocorrido a alteração, no ano de 2012, somente teve composição da equipe multiprofissional e financiamento para seu funcionamento nos novos moldes em 2016⁷⁰.

⁷⁰ Vale destacar que estas informações foram coletadas junto aos profissionais dos Leitos de Saúde Mental do Huerb, pois, em nossos levantamentos, não encontramos registros sobre esta mudança. Solicitamos documentos ou registros que versassem sobre a mudança de leitos de desintoxicação ou como mencionado pelos profissionais,

No ano de 2017 em minhas funções como supervisora de estágio, do curso de psicologia, da UFAC, realizamos uma análise institucional destes leitos, e ficou evidente que uma parte significativa das internações continuava sendo do público com uso abusivo de álcool e outras drogas, o que nos levava a refletir que as pessoas que necessitavam de cuidados em saúde mental, e não eram deste segmento de usuários, permaneciam, em sua maioria, sendo atendidas e internadas no Hosmac, com exceção das pessoas com ideação ou tentativa de suicídio. Visto que neste hospital de urgência e emergência, também existia um núcleo de prevenção ao suicídio, e, nestas situações quando necessitavam de internação, comumente, eram referenciados para estes leitos de saúde mental do Huerb. Cabe lembrar que o CAPS II Samaúma tem como objetivo atender a população com diagnóstico de transtornos mentais graves e/ou persistentes e foi inaugurado somente em 2018 por pressão do MPE por meio dos Termos de Ajustamento e Conduta, demonstrando o atraso quando se pensa o cuidado em saúde mental na lógica da atenção psicossocial.

No ano de 2014, na ata de reunião do CMS de Rio Branco/AC do dia 16 de abril, houve a posse dos novos conselheiros e a recondução da presidente do CMS de Rio Branco. Observamos que nesta nova gestão do Conselho aparece a representatividade de uma entidade relacionada à saúde mental, a Associação de Pacientes e Amigos da Saúde Mental do Acre – Álcool e outras Drogas (Aapasama-AD). Ainda nesta reunião, o Secretário Municipal de Saúde O. A. dos S. solicita uma pauta para a próxima reunião ordinária deste Conselho, que seria a criação de uma comissão do CMS de Rio Branco para que atue junto ao Conselho da Pessoa com Deficiências para tratar sobre o autismo e, assim, discutir um plano com medidas emergenciais em relação ao tratamento. Trouxe a seguinte expressão sobre o tratamento: “com foco nos medicamentos” e, posteriormente, trouxe o plano para discussão em plenária. Outro ponto levantado como informe em ata de reunião de 31 de julho de 2014 foi sobre a Semana Estadual de Informação e Conscientização sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), a presidente do Conselho, E. M., explicou a programação do evento, assegurou a necessidade de participação da comunidade para, segundo sua opinião, “divulgar e nivelar os conhecimentos sobre TDAH”, assim como assinalou a importância de reivindicações para a inclusão dessas pessoas nas políticas públicas de educação e saúde. Outro aspecto relevante desta mesma reunião foi a apresentação dos planos de ação das políticas de saúde para a execução no ano de 2014, dentre os quais o único que versou sobre saúde mental foi o plano de Enfretamento ao *crack*, álcool e outras drogas e o dispositivo Consultório na Rua/Rede Brasil

sem Miséria, o que revela que não houve plano de ação que incluísse a RAPS e assistência e cuidados às pessoas com transtornos mentais sem ser decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, ou em situação de rua. Além do mais, a compreensão medicalizante e biologicista do TDAH e autismo fica evidente no depoimento da presidente do Conselho e do secretário municipal de saúde de Rio Branco.

Ainda no ano de 2014, na ata de reunião do CMS de Rio Branco/AC do dia 25 de setembro, houve um questionamento sobre um dos planos de ação previsto para ser executado em 2014, “Viver sem limites”, se era direcionado apenas para o público autista, e a técnica que apresentava negou a exclusividade do programa para estes usuários e afirmou ser direcionado para pessoas com qualquer tipo de deficiência, evidenciando que a compreensão do autismo parte de uma perspectiva da deficiência e não de uma condição, e está relacionada com as políticas públicas de saúde mental. Ainda no intervalo desta discussão, a presidente do conselho, E. M., informou que o grupo de apoio ao TDAH, o Grupo de Apoio às pessoas com TDAH do Acre (Gatac) solicitaria um lugar com atendimento multiprofissional e justifica, pois “os atendimentos estão soltos na rede de atenção”, e o atendimento em um só lugar facilitaria a vida dos responsáveis e dos usuários, conforme a conselheira. Todavia, em nenhum parágrafo desta ata é possível identificar a reivindicação para a implantação do CAPSi. Destacou ainda as mobilizações para constituição desse grupo de profissionais e informou não saber quem iria gerenciar este núcleo, se ficaria para a Secretaria Estadual de Saúde do Acre ou Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco.

O Conselho pretendia saber sobre os atendimentos e as ações realizadas, ao ser indagada sobre o Consultório na Rua, a técnica A. se comprometeu a encaminhar às respostas na reunião seguinte, em conjunto com a coordenadora da Área Técnica de Saúde Mental, que não pode comparecer à reunião. Houve também a declaração do conselheiro representante da Apasama-AD acerca da falta de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde e, por isso, usuários foram encaminhados ao Hosmac. A conselheira representante da Semsa de Rio Branco informou que isso ocorre em função do processo de descentralização do município e estado, e, portanto, têm tido dificuldade de obter recursos e realizar licitações para a aquisição de medicamentos. Não fica explícito na ata de reunião sobre o processo de descentralização, a conselheira se refere e afirma ter buscado junto ao Ministério Público Estadual (MPE) a solução para a situação agravada no município de Rio Branco.

A última pauta do CMS de Rio Branco refere-se à reunião do dia 30 de outubro de 2014 de caráter ordinária em que aparece a temática saúde mental, na qual houve a apresentação das ações do Consultório na Rua. A coordenadora T. C. da Área Técnica de Saúde Mental destacou

a presença do referido Consultório na legislação das Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas:

O Consultório na Rua é um dispositivo do município de Rio Branco que foi implantado em setembro de 2012 e está inserido na modalidade I de acordo com a Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2012. Funciona em uma Unidade Móvel, percorrendo em horários e pontos estratégicos da cidade. A técnica informou que o consultório é formado por uma equipe com: 1 psicólogo(a), 1 enfermeiro(a), 1 técnico(a) de enfermagem e 1 agente social foi aprovado pelo Decreto nº 7.179/2010; com adesão do estado do Acre, onde houve a pactuação no município de Rio Branco com a Unidade de Acolhimento Adulto – UA e Consultório na Rua, fortalecendo as ações da SM na Atenção Básica, em parceria com 5 URAPs, 8 Centros de Saúde, 53 Unidades de Saúde da Família tendo como áreas prioritárias: Bairro Preventório, Bairro Base, Bairro Dom Giocondo, a técnica T. C. informou ainda que as atividades realizadas são: abordagem social, testes rápidos, curativos, aferição de pressão arterial, testes rápido de Hepatites (B e C), sífilis, HIV e glicemia, orientações educativas, encaminhamentos para Unidades Básicas de Saúde e Instituições parceiras (Conselho Tutelar, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Ad III, Centro POP, Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – Huerb e outras). O Consultório na Rua tem como objetivo ofertar cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptada para as especificidades de uma população, promover acessibilidade aos serviços de rede institucionalizada, articular com outros serviços procurando oferecer assistência integral, a mesma finalizou sua apresentação mostrando os consolidados de atendimento do período de janeiro de 2012 a setembro de 2014, finalizou sua fala agradecendo a oportunidade e se colocando à disposição de todos (Ata da Reunião Ordinária do CMS de Rio Branco/AC, 30 de outubro de 2014).

Embora a apresentação tenha exposto o funcionamento do Consultório na Rua, em nenhum momento foi discutido sobre estratégias de intervenção como a redução de danos. Na ata de reunião, também não apresentou nenhum posicionamento dos conselheiros, a pauta foi encerrada logo após a apresentação. Sobre essa possibilidade de debater questões de forma mais aprofundada nos Conselhos, Santos e Ferro (2021) discorrem sobre a importância das comissões:

Para possibilitar o aprofundamento da discussão e elaboração de estratégias mais concisas, alguns Conselhos de Saúde possuem, em sua organização, Comissões Temáticas, as quais realizam estudos sobre determinadas áreas do SUS, aprofundam questionamentos, emitem pareceres e proporcionam subsídios para as discussões dos Conselhos. As Comissões Temáticas podem ser direcionadas a diferentes temas, como, por exemplo: Comissão de DST/Aids; Comissão de Saúde Ambiental; Comissão de Saúde Idoso; Comissão de Saúde da Mulher; Comissão de Saúde Mental; etc (Santos & Ferro, 2021, p. 86).

Sobre essas comissões vale frisar que compõem a estrutura e o funcionamento do Conselho de Saúde, é uma forma de melhorar o processo de trabalho e obter resolubilidade, os conselheiros podem se dividir em grupos e criarem e trabalharem em comissões, que podem ser permanentes ou provisórias, conforme avaliação do conselho como, por exemplo, a Comissão de Orçamento e Financiamento. As comissões devem ser criadas de acordo com as necessidades da região de atuação do Conselho a depender das necessidades deste, e devem constar em regimento interno (TCU, 2015).

Foi possível verificar a existência de algumas comissões no CMS de Rio Branco, inclusive, tivemos a informação atualizada no ano de 2022, e não há comissão de saúde mental neste conselho. As comissões vigentes no ano de 2022 estão classificadas como permanentes e provisórias. As comissões permanentes são: Comissão de Atenção Básica/Equidade, Comissão de Controle/Avaliação, Comissão de Educação Permanente, Comissão Interdisciplinar de Saúde do Trabalhador, Comissão de Orçamento e Financiamento e Prestação de Contas – Cofin. As comissões provisórias são: Comissão Provisória - CMS Plano Municipal de Saúde - PMS 2021 e Comissão Provisória – Revisão Regimento. No artigo 11 do Decreto Municipal de Rio Branco nº 2.495 de 21 de janeiro de 2008, há uma recomendação para constituição de comissões como forma de melhorar a organização do funcionamento do CMS e orienta a estruturação de comissões para áreas pouco compreendidas no âmbito do SUS e destaca, “especialmente” as áreas de: “I- alimentação e nutrição; II- saneamento e meio ambiente; III- vigilância sanitária e farmacoepidemiologia; IV- recursos humanos; V- saúde do trabalhador”.

De acordo com o Regimento Interno do CMS de Rio Branco, no Capítulo III, artigo 47 “As Comissões são organismos de assessoria ao Plenário do CMS, que resgatam e reiteram os princípios do SUS e do controle social”; e na Seção I, os artigos 48, 49, 50 e 51 discorrem sobre sua composição e organização; e na Seção II, o artigo 52 aborda como deve ser seu

funcionamento. Vale ressaltar que os documentos não apresentam como obrigatória a existência das comissões, mas como recomendação.

Cabe ainda destacar que, por vezes, algumas comissões somente conseguem ser salvaguardadas nos Conselhos, mediante leis que asseguram a abertura e o funcionamento desses espaços, como, por exemplo, leis estaduais e/ou municipais a fim de avaliar, acompanhar e subsidiar os posicionamentos do Plano dos Conselhos de Saúde, para realizar análises e acompanhar implantações, neste caso, de políticas e programas do âmbito da saúde mental, álcool e outras drogas. Oportuno explicitar não há lei de saúde mental no estado do Acre e nem no município de Rio Branco.

Existem contornos legislativos importantes para a luta antimanicomial, o asseguramento dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Todavia, devemos reiterar que há uma lei estadual que dispõe sobre diagnóstico, acompanhamento e atendimento educacional de estudantes da educação básica com TDAH, a Lei nº 3.112 de 29 de dezembro de 2015, que preconiza a identificação precoce de sinais relacionados ao TDAH, dentre outras providências. Isto se encontra intrinsecamente ligado a uma concepção biomédica de dificuldade de aprendizagem, portanto, sem nenhum aporte das teorias críticas que realizam análises significativas sobre os processos de aprendizagem e escolarização.

Considerando esses delineamentos políticos e de interesses que compõem o funcionamento dos Conselhos de Saúde, reforçamos a participação do usuário como fundamental para o exercício efetivo do controle social. No entanto, é evidente que muitos problemas são identificados no interior dessas instâncias. Guizardi (2009) discute sobre a participação política nos Conselhos de Saúde:

Tem-se constatado que a participação, principalmente do segmento dos usuários, tende a ser cerceada na medida em que a presença quantitativa assegurada com o requisito jurídico da paridade, mesmo quando cumprida, não significa uma correspondência direta com a capacidade de intervenção. Essa característica recorrente incide negativamente na eficácia dessa forma de participação, tolhendo-a em um de seus principais propósitos, qual seja a vocalização política da sociedade civil, particularmente dos grupos populares. Fator que nos permite perceber a existência de diferentes inserções nos Conselhos de Saúde. De fato, pretender uma igualdade a partir da presença física dos representantes seria supor que ela pudesse superar em si mesma um longo processo sócio-histórico engendrado através de inúmeras desigualdades. Podemos mencionar alguns dos aspectos que ajudam a conformar esse cenário: os

artifícios de poder usados pelo discurso técnico-científico; as dificuldades relatadas quanto aos mecanismos de representação; a tendência de reprodução do jogo político local em suas relações de força e exercício de poder; e a apropriação dos conselhos pelo poder executivo, com um conseqüente caráter monológico prevalecendo na dinâmica desses espaços (Guizardi, 2009, p. 11).

Ferro (2016) alertava para os diversos desafios a serem enfrentados nos CMS, enfatizou que a existência legal deste não garante seu funcionamento participativo, político e pragmático. É preciso compreender que o asseguramento em legislação nacional não se traduz em participação social e democrática, considerando que as relações de poder são disseminadas e diluídas nestes meios de diversas formas. Não podemos deixar de observar as ações verticalizadas do poder público, os escassos diálogos e aprofundamentos de debates sobre as diferentes áreas e necessidades em saúde, como possíveis estratégias de pulverização de poder na prática do controle social, bem como nos próprios serviços de saúde. Barbosa e Almeida (2014) enfatizam que os conselhos têm se tornado locais de pactos e consensos, no apoio de decisões de grupos hegemônicos, que, por seu turno, pouco se comprometem com o interesse coletivo, do que exercido verdadeiramente o controle social sobre o Estado. Para esses autores, “A luta pela capacitação dos membros dos conselhos é, então, o desafio maior para a efetiva aplicação do controle social previsto na legislação do SUS” (Barbosa & Almeida, 2014, p. 75).

A proposta de participação popular na construção das políticas públicas, por vezes, surge com normas frágeis e difusas, o que propicia a estes espaços, que deveriam ser deliberativos e de reivindicações quanto às necessidades da população e de fiscalização do financiamento destas políticas, tornarem-se instrumentos de burocracia governamental e de centralização de decisões nas mãos dos técnicos (Valla, 1998). O autor ainda defende que para compreender o controle social faz-se necessário entender a concepção de participação social, “... de forma geral, participação popular compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico etc.)” (Valla, 1998, p. 9). Esta participação por um lado legitima a política do Estado; e, por outro, abre a possibilidade das organizações sociais, entidades populares participarem do controle da destinação das verbas públicas e, por isso, a importância da vigilância sobre o funcionamento dos Conselhos.

Identificamos nas análises das atas de reuniões do CMS de Rio Branco do ano de 2015, que a vaga de usuário da Apasama no Conselho havia aberto vacância, em razão das faltas não justificadas e seguindo o regimento interno, deveria ser convocada outra entidade com representação de usuário e, na ocasião, a Casa de Apoio à Saúde do Seringueiro (CASS) tomou o assento. Neste sentido, tornou-se mais um ano sem representação de usuário da saúde mental no CMS de Rio Branco, e sem a representação do Conselho Regional de Psicologia. Uma das pautas do CMS de Rio Branco de 2015 foi saúde mental – ações municipalistas. Na ata de reunião ordinária do dia 25 de junho de 2015, uma pauta levantada informava sobre a reclamação de um usuário representante no Conselho, o senhor D. N. da Apasama. A reivindicação era a falta de informação sobre o atendimento de pessoas com transtornos mentais, pois pacientes do Hosmac teriam sido encaminhados às Unidades de Referência à Atenção Primária (URAPs) e quando chegavam a estas unidades não tinham o atendimento garantido e eram informados que deveriam buscar atendimento no Hosmac.

A gerente do Departamento de Programas Estratégicos, A. M., estava na reunião para oferecer alguns esclarecimentos uma vez que a gerente da Área Técnica de Saúde Mental alegou outro compromisso. A. M. relatou que a confusão deveu-se ao início do processo de descentralização dos atendimentos, que vinha acontecendo desde o ano de 2014. De acordo com ela, havia uma equipe formada trabalhando no processo de descentralização cujo objetivo residia na implantação e no fortalecimento da rede substitutiva e, conseqüentemente, no fechamento do Hosmac. Destacou que o fluxo estava errado, pois o Hosmac realizava todos os tipos de atendimentos e, segundo a lei, a Atenção Primária à Saúde faz parte da rede substitutiva, e deveria atender os casos de saúde mental, leves e moderados. Para A. M., “existe a resistência por parte dos usuários, pois, historicamente, o Hosmac fazia todos os tipos de atendimentos: internações, consultas, dispensa de medicamentos. Lembrou que esta transição não está sendo fácil”.

Ainda na reunião de junho de 2015 do CMS de Rio Branco, a técnica A. M. relatou as dificuldades enfrentadas no processo de descentralização da saúde mental do município de Rio Branco, pois conversara com os profissionais médicos da rede municipal (Centros de Saúde e URAPs); capacitou os profissionais, organizou os serviços, promoveu rodas de conversa para desconstruir o fluxo anterior e para sensibilizar os profissionais quanto a importância da capacitação e do acolhimento no atendimento de saúde mental. Percebeu a dificuldade de aceitação dos usuários, pois estavam “acostumados” com a rede existente. Mencionou sobre 30 vagas para capacitação de técnicos do Ensino Médio em processo de seleção. A.M. ressaltou que não criariam um novo modelo de atenção, pois o município de Rio Branco já dispunha de

assistência baseada no território, e seria realizada com base neste modelo que a descentralização da saúde mental ocorreria.

Houve um questionamento sobre o CAPS, levantado pela Presidente do Conselho E. M., a respondeu estar previsto nos planos de gestão da Semsa de Rio Branco, mas que o prefeito havia orientado a esperar pela implantação do CAPS em 2016, devido à crise financeira pela qual o município passava. Contudo, informou que as instalações estavam sendo verificadas e haveria contratação de profissionais via concurso público para implantação do serviço. A representante da saúde mental da Sesacre, K. C., afirmou que em conformidade com o Ministério da Saúde os hospitais psiquiátricos não faziam parte da rede de atenção psicossocial e deveriam ser fechados somente depois da implantação dos serviços substitutivos, dentre os quais, os CAPS.

A mesma ressaltou que o Hosmac deverá ser fechado quando a rede substitutiva estiver implantada e isso na fala da gerente demanda tempo, pois para implantar uma nova rede deve-se oferecer novos serviços, ela informou que estado e município estão trabalhando juntos para que isso aconteça, informou que foi instituído um grupo de trabalho envolvendo todas as instituições de interesse para buscar resolver as demandas que estão surgindo. Após breve esplanada sobre a política nacional de descentralização da saúde mental a coordenadora ressaltou que está à disposição para todos os esclarecimentos (Ata da Reunião Ordinária do CMS de Rio Branco/AC, 25 de junho de 2015).

As demais ocorrências nas atas de reuniões, no ano de 2015, do CMS de Rio Branco sobre saúde mental ou temáticas afins, concentraram-se boa parte em questões voltadas para as pautas do autismo e TDAH. O discurso sempre partia do que consideravam necessário para o atendimento deste público, como a implantação de serviços de saúde, aquisição de medicamentos e qualificação de profissionais, com o intuito de criar serviços especializados para o atendimento dessas pessoas. As reivindicações se dirigiam à criação de um núcleo multiprofissional e para a contratação de neuropsicólogos e neuropediatras. Não houve debates sobre a implantação do CAPS i (infantojuvenil), por exemplo, mas se discutiu questões desvinculadas das políticas de saúde mental, além de ser possível verificar o caráter biologicista e medicalizante no qual se basearam. Não houve nenhum debate sobre a banalização de diagnósticos de TDAH e a medicalização de crianças nas escolas, tampouco acerca do autismo como uma condição do indivíduo a ser cuidado dentro da lógica da atenção psicossocial e, portanto, com defesa da implantação de um CAPS infantojuvenil.

Nesta perspectiva, não há expressão de conflitos e contraditórios nesse Conselho, a sugerir um consenso na apresentação do que consideram necessidades para um público, demonstrando mais uma vez o lugar social da loucura e das Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas na capital acreana. Apesar de determinado momento ter ocorrido uma pauta sobre descentralização da saúde mental no município de Rio Branco expressa pela própria técnica da Semsa. Discorreu sobre as dificuldades enfrentadas pelo processo, pois, historicamente, o usuário é atendido no Hosmac, contudo, não houve nenhuma menção acerca dos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, da primazia do cuidado em liberdade, de aspectos essenciais para a existência de uma rede substitutiva com capilaridade territorial. Desta forma, priorizando os laços e o apoio familiar e social para os usuários, sobre a adoção do cuidado na lógica do cuidado da atenção psicossocial. Por conseguinte, não houve explicação sobre o significado de desinstitucionalização, *a priori*, pautaram-se, tão somente no aspecto da “desospitalização”, provavelmente por figurar na letra da lei. Efetivar a lei é imprescindível, contanto que não coadune com a exclusão, estigmatização e violação de direitos.

É oportuno lembrar os riscos de adotar a legislação, normas e portarias sem o mínimo de crítica, pois, no campo da saúde mental, o próprio autor do Projeto de Lei n. 10.216 de 2001 discorre sobre os ajustes necessários para a aprovação, os quais, de certa forma, comprometiam o que foi construído durante décadas, conforme os princípios da reforma psiquiátrica, mas tiveram de ser atendidos para obter a aprovação. Como principal exemplo, temos o ponto da extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, que não pode ser admitido desta forma na Lei Federal, por isso, a legislação carece ser melhorada e implementada, contudo, sem esquecer e se afastar dos princípios da reforma psiquiátrica (Delgado, 2011). É justamente o contrário o que tem acontecido com as políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas nos últimos anos. Houve retrocessos significativos no que parecia já consolidado, demonstrando mais uma vez o caráter dinâmico e contínuo que deve ser a reforma psiquiátrica no Brasil e a luta antimanicomial. Sobre essa atenção voltada apenas para cumprimento de legislações, portarias e normativas, Luzio e Yasui (2010, p. 24) já reforçavam, “Por outro lado, o avanço não pode restringir-se ao âmbito das ações e dos mecanismos administrativos ou regulatórios, pois é urgente a necessidade de transformação do modelo assistencial”. Sobre esse novo modo de cuidado em saúde mental, Rotelli (2019) reitera que devemos superar o paradigma doença/cura, pois é necessário conhecer o sujeito em sua experiência-sofrimento, e, deste modo, a doença fica entre parênteses, bem como o aparato de tratamento psiquiátrico. A ocupação dar-se-á com a nova posição no mundo que esse sujeito deve ter, considerando sua existência e sua dimensão sociocultural.

Sobre as atas das reuniões do ano de 2018 do CMS de Rio Branco, seguia o que já acontecia ao longo dos 15 anos de atas analisadas, ou é o vazio da pauta ou, comumente, reivindicações de comunidades terapêuticas ou do grupo que busca a implantação de serviços para o público autista. Numa dessas reivindicações de CT, debateu-se em plenária a criação de um fluxo e protocolo para que os serviços de saúde, sobretudo, as URAPs e UBSs, atendessem com agilidade as solicitações decorrentes das CTs, no que tange consultas e outros serviços, uma vez que estas instituições informaram ter dificuldade de acesso aos serviços de saúde e cujos internos não eram atendidos na Rede Municipal de Saúde. Sobre a pauta do autismo, podemos verificar nas atas de 2018, a construção de um centro multidisciplinar para autistas, de acordo com os textos das atas, já em fase de inauguração, com equipe prevista, mobiliário e equipamentos para o funcionamento adquiridos. A Presidente do Conselho A. A. da C. abordou a inauguração do CAPS II Samaúma, da qual discordava, pois a equipe não estava completa e somente iria inaugurar por pressão do Ministério Público Estadual do Acre, portanto, o problema foi resumido nessa declaração.

No que tange os serviços componentes da RAPS, houve uma visita ao Consultório na Rua realizada por dois conselheiros, os quais acentuaram a precariedade dos serviços, como, por exemplo, a inadequação do automóvel para a execução das atividades. Contudo, boa parte da fala enaltecia a equipe deste dispositivo, pois fazia um trabalho com alto nível de periculosidade. Os conselheiros sugeriram fazer um apanhado das legislações, portarias e/ou normativas que regem o funcionamento do Consultório na Rua e enviar para a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco para que atentassem às necessidades desse serviço e fizessem as adequações precisas, pois conforme a presidente do Conselho, A. A. da C., havia disponibilidade de recursos. Dentre as questões levantadas no âmbito da saúde mental, nas atas há uma leitura de um ofício, solicitando uma reunião com o governador do estado do Acre, eleito em 2018 e assumiria o cargo em 2019, para tratar sobre a saúde mental no estado do Acre.

Há um fato relevante na ata de reunião ordinária do CMS de Rio Branco do dia 13 de dezembro de 2018: a Associação de Pacientes e Amigos da Saúde Mental – Álcool e outras Drogas (Apsama) teria a possibilidade de assumir uma cadeira no Conselho, tendo em vista a vacância aberta por outra entidade. Neste sentido, a saúde mental voltaria a ter representatividade no CMS de Rio Branco.

Destarte, é preciso trazer à cena o CMS de Rio Branco, o seu funcionamento e suas ações, conforme pesquisado por Rocha (2014) para compreender como se dera a participação social e as ações de promoção de saúde no âmbito deste conselho. De acordo com a autora, embora o CMS de Rio Branco tenha sido criado há mais de duas décadas, suas ações têm

ocorrido de forma paulatina a partir de 2010, quando percebeu maior atuação deste. A autora destacou algumas dificuldades de atuação deste Conselho e reiterou que são semelhantes aos problemas enfrentados por outros conselhos municipais de saúde, por todo o Brasil, conforme demonstrado por estudos. Para ela, os principais problemas identificados foram relações assimétricas de poder, dificuldades de representação, principalmente dos usuários, capacitações escassas para o exercício do mandato de conselheiro. Contudo, classificou positivamente a realização de fóruns e capacitações realizadas para os conselheiros, embora insuficientes representava um avanço a iniciativa do CMS de Rio Branco. Rocha (2014) salientou o risco desse Conselho tornar-se um espaço apenas para homologações de decisões prontas de outras instâncias, e acrescentou:

... Tem-se como principal obstáculo, que também foi evidenciado neste trabalho, a baixa cultura associativa, reivindicativa. Este tem sido apontado como um dos mais importantes obstáculos de acesso ao processo de tomada de decisão à sociedade. Uma vez que a sociedade tem dificuldade em se organizar, para poder ser ‘empoderada’ e reivindicar a efetivação de seus direitos assegurados constitucionalmente, esta se torna vulnerável e sujeita a uma gestão não permeável em dar atenção às necessidades da população (Rocha, 2014, p. 187).

Souza, Ferreira e Oliveira (2019) asseveram que diante da política neoliberal e do avanço da mercantilização das políticas sociais adotados pelo Estado, o controle social é um instrumento fundamental para conter a força desta hegemonia. Porém, também dar ênfase à dificuldade da participação popular no interior dos Conselhos de Saúde, e enxerga nesta problemática uma possível explicação para não concretização de forma efetiva do controle social. “Dentre os maiores problemas que inviabilizam um controle social real está a ausência de representantes orgânicos da classe trabalhadora. Nota-se na realidade a presença de relações clientelísticas, patrimonialistas e fisiologistas, herança histórica da nossa formação social” (Souza et al., 2019, p. 64).

A temática saúde mental nas pautas do CMS de Rio Branco ou ocupam o lugar da invisibilidade ou estão atreladas aos interesses de alguns grupos como os defensores das comunidades terapêuticas, militantes dos autistas; e, em nosso levantamento, também surgiu os que pleiteavam serviços específicos para crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, como percebemos nas atas.

Ao analisar 15 anos, de 2004 a 2018, da atuação deste Conselho por meio das 155 atas de reuniões que nos detemos, verificamos que apenas numa reunião debateu-se o processo de descentralização dos atendimentos em saúde mental e a desinstitucionalização dos usuários atendidos no Hosmac, com uma fala sobre o fechamento deste hospital. Discussões com raso conhecimento dos princípios da reforma psiquiátrica brasileira; pouca explicitação de conceitos importantes para entender as razões de tais mudanças serem necessárias no âmbito de assistência e cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, realizando na verdade atos pró-forma para o cumprimento de legislação, normativas e/ou portarias, e, algumas vezes, por pressão do Ministério Público Estadual do Acre. Na verdade, é que não podemos falar em debates, discussões, pois comumente as falas se encerravam com as apresentações e sem encaminhamentos ou explicações, conforme o relato das atas de reuniões, como fonte documental nos revelou. Além de observarmos a baixa representatividade do segmento usuários e aqui chamamos a atenção para o vazio deixado pelo Conselho Regional de Psicologia (CRP), atualmente CRP/24, invisibilizando ainda mais as necessidades do campo das Políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

É oportuno mostrar o que Klein (2010) identificou em sua pesquisa sobre as instâncias colegiadas como a CIB, CES do Acre e CMS de Rio Branco, as incongruências sobre a função dos Conselhos, a escolha de conselheiros por parte do Executivo, as entidades representativas de segmentos de usuários, as quais recebem recursos financeiros do SUS por meio de convênios com a gestão estadual e municipal, a exemplo da Central de Articulação das Entidades de da Saúde - Cades. Essa configuração estabelece acordos tácitos sobre a aprovação e defesa de propostas, projetos por parte da gestão e enfraquece o viés de reivindicação, fiscalização e discussões que se revelariam fundamentais para a implantação e o asseguramento das políticas públicas de saúde, por intermédio dos Conselhos. Cabe ainda frisar que, por vezes, debates que embora estejam fundamentados teórica e tecnicamente se esbarram nos entraves políticos, ou seja, embora compreendam as necessidades de determinada área ou dado segmento da saúde, as decisões e os encaminhamentos são atravessados por interesses e conveniências políticas.

No que concerne à falta de representatividade, especialmente, dos usuários da saúde mental, nos Conselhos de Saúde, Costa e Paulon (2012) defendem que a participação social deve ser construída no cotidiano de um usuário de saúde mental para, então, adentrar os espaços deliberativos. Os usuários de saúde mental devem ter sua participação garantida nos contratos do dia a dia, do Centro de Convivência que participa, deliberar sobre a rotina e a organização das atividades do CAPS que frequenta, ser incentivado a participar dos Conselhos locais quando existentes em território, instituir assembleias nas cooperativas das quais fazem parte, criar

associações de usuários e familiares em defesa dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. O início da recuperação de sua capacidade de recobrar o poder contratual deve ser promovida pelos trabalhadores de saúde nestes diferentes dispositivos que os usuários percorrem. Para os autores, seria, então, nestes espaços que haveria a possibilidade de fomentar no usuário de saúde mental o resgate de sua cidadania e convidá-lo a entender a importância de exercer o controle social somente, assim, levaríamos a participarem ativamente dos Conselhos de Saúde, das conferências municipais e estaduais de saúde e de saúde mental, bem como tendo garantido o seu direito de defender teses nas conferências nacionais de saúde e de saúde mental.

Nossas reflexões são aguçadas quando pensamos como fomentar essa participação social do usuário da saúde mental, aos nos depararmos com um lugar onde possui uma RAPS significativamente fragilizada; grupos que estão preocupados em manter os novos manicômios, comunidades terapêuticas aptas para recebimento de verbas públicas, retroalimentando o sistema de conveniências e interesses políticos; pessoas que entendem que é necessário criar especializações e guetos para o atendimento de públicos específicos, reforçando a lógica manicomial e fragmentada do cuidado em saúde mental; as escassas, ou melhor, nenhuma pauta que promovesse a discussão sobre a importância e urgência de implantação de uma CAPS i e dos Serviços de Residências Terapêuticas (SRTs); entidades representativas de segmentos de usuários que por receberem recursos públicos defendem, sem questionamentos, as propostas da gestão; gestão preocupada em atender normativas, portarias e legislações, apenas pró-forma, sem entender a concepção da reforma psiquiátrica e seus princípios, por vezes, servindo ao retrocesso dessas políticas e fomentando práticas asilares.

Devemos ainda mencionar o caráter hospitalocêntrico e biomédico que marca a história da saúde no estado do Acre, como um paradigma que permanece, encontra apoio e se fortalece, no âmbito das políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas, dificultando o processo de desinstitucionalização de pessoas que se tornaram moradores do Hosmac. Em consequência, seu fechamento e compreensão da própria população que carece entender a mudança na lógica da assistência e do cuidado pautada pela ótica da atenção psicossocial. Promover e fortalecer o controle social nestas condições é verdadeiramente um desafio.

Figura 22

*A Internação*⁷¹. Gravura de Ivanilson Sousa.



Acervo do próprio artista.

O interno do caos do escuro

⁷¹ O desenho representa um período de internação no Hosmac de Ivanilson. Ao descrever a gravura diz que enfatiza a fúria e indignação por ter sido internado. As frases seriam palavras de um enfermeiro durante o tempo em que esteve internado e as cabeças representam os amigos e as agruras que sofreram juntos, como as contenções e o isolamento num quarto que nomeou como uma solitária. Quando fez a gravura escreveu o poema – O interno do caos do escuro.

Não sei aonde estou?
 Que vozes e o assombro
 Vai e volta dentro de mim
 Como uma tempestade
 numa velocidade sem parar
 Doença?
 Doente?
 Que está aí?
 Só ouço grito e gargalhadas
 Corre, corre
 Eles vão te amarrar
 Te colocar numa sala branca
 Faz tempo que vejo minha mãe
 Me consolo com cama e um olhar vazio
 A minha boca tem monstros negros
 Eu quero fugir
 E eu sou mentiroso
 Tá fazendo teatro
 Esse noiado
 O sol nasce lá no fundo do escuro
 O que você fez?
 Qual seu nome?
 Que droga você usou?
 Diga
 A morte vai aparecer assim como Deus
 Minha cabeça doe sem parar
 Mas remédio
 Tem que ter mais remédio
 Eu quero ver ele sofrer
 Você está caindo no poço de vômito e
 alucinação
 Só resta lembrança de seu amigo de
 infância
 Tua vida
 Tua família
 Tá tão distante
 Você procurou
 São tantas portas para ver nascer do sol
 Eu acredito em mim
 Eu vou sair pela porta da frente
 Vendo as árvores
 Vendo correria do dia.
 (Ivanilson Sousa)

5 O HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DO ACRE (HOSMAC): A LOUCURA ENTRE MUROS

Vale, então, frisar como ocorria a assistência em saúde mental no estado do Acre, mesmo que brevemente, ainda nos idos de 1960 e 1970. De acordo com Ferreira (2006) até a década de 1960, o louco no Acre era mantido preso em suas casas, por ser um período que não havia médico psiquiatra no estado do Acre, sendo assim qualquer comportamento considerado bizarro, ou mesmo pessoas que apresentavam algum tipo de deficiência física eram mantidas presas em algum cômodo de suas casas, sendo alimentados pelas frestas. Situação bastante semelhante ao que ocorreu com pessoas acometidas pela lepra⁷² na época. A autora afirma que era possível ouvir choros e gritos por dias e noites destas pessoas e que a parte de higiene, geralmente, era feita por uma pessoa considerada respeitada na comunidade, entra em cena a figura da benzedeira⁷³. Todavia, com a persistência dos comportamentos eram encaminhados para a cadeia pública ou para Colônia Penal.

Ao final da década de 1960, após mudanças no sistema sanitário do território acreano, os loucos que antes eram confinados em suas casas ou nos presídios passaram a ocupar o pavilhão de doenças transmissíveis do Hospital das Clínicas Osvaldo Cruz, permaneciam neste local até chegada do avião da Força Aérea Brasileira (FAB) que os transportava para o hospital psiquiátrico de Manaus. A autora lembra que estas pessoas não tinham data de retorno, permaneciam no Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, em Manaus, por seis meses, um ano enquanto que outros nunca retornaram aos lares.

Com base no que Ferreira (2006) relata, a loucura até meados da década de 1970 no Estado do Acre era delegada ao Estado do Amazonas tendo em vista que não possuíam nenhum serviço de saúde para cuidados das pessoas que padeciam de transtornos mentais, demonstrando seu lugar de exclusão e poderíamos até dizer de expulsão do território acreano uma vez que nem sempre retornavam às famílias, após a permanência no hospital psiquiátrico na cidade de Manaus. Outros ao voltarem ao Estado do Acre, já haviam rompido os vínculos familiares, visto que uma parcela significativa provinha de regiões de difícil acesso, e, por isso, permaneciam no referido pavilhão de doenças transmissíveis sem retornarem para suas casas. No início da

⁷² Termo utilizado, na época, atualmente a nomenclatura referente a esta patologia é hanseníase. De acordo com Eidt (2004) o a nomenclatura foi alterada, no Brasil, ainda na década de 1970 com o objetivo de minimizar o estigma desencadeado pela doença e como forma de homenagear o médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, que identificou em 1873 o bacilo causador da doença.

⁷³ Comumente são mulheres que tradicionalmente conhecem de rezas, orações, chás, ervas medicinais para diversas doenças, embasadas pelo conhecimento de gerações anteriores e da floresta. Geralmente são bastante respeitadas em suas comunidades.

década de 1970 foi inaugurado o Pavilhão John Kennedy destinado ao atendimento dos loucos em função da chegada de um médico psiquiatra no Acre, Dr. Mohab Machado, como relata a autora, pois trabalhava como enfermeira no referido período e, posteriormente, final da década de 1970, tendo a construção do então hospital psiquiátrico, nomeado como Distrital e depois denominado, Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac).

Atualmente, em consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2022), o Hosmac conta com 65 leitos de saúde mental vigentes. Em consulta ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hosmac, sobre as pessoas que se tornaram moradores da instituição, informaram-nos que seis são mulheres e seis homens. Relataram ainda que em tentativa⁷⁴ de desinstitucionalização e por recomendação do Ministério Público do Estado do Acre, alguns moradores foram transferidos para o Lar dos Vicentinos, uma instituição de longa permanência para idosos em Rio Branco. Não podemos deixar de mencionar que a Portaria nº 106 de 2000, já havia criado os Serviços Residenciais Terapêuticos, portanto, já previsto e assegurado, bem como já fazendo parte da RAPS por meio da Portaria nº 3.088 de 2011, que este deveria ser o serviço para atender as necessidades dessas pessoas que se tornaram moradoras de instituições asilares como o Hosmac, em função de anos de internação e, por isso, perderam vínculos familiares e suporte social. Neste sentido, a falta de um processo planejado e considerando as necessidades desses usuários, assim como a implantação desses serviços residenciais terapêuticos e mesmo uma preparação da comunidade para que houvesse uma reinserção social de fato, não foram levados em conta, o que pode ter incorrido em um processo de transinstitucionalização dessas pessoas.

Como afirma Rotelli (2019), o acolhimento de pessoas em instituições que resguardam o mesmo caráter asilar do hospital psiquiátrico não consiste em cuidado em liberdade e comunitário, não há articulação com outros serviços de saúde, continuam sob tutela, portanto não se configura como desinstitucionalização, mas numa transinstitucionalização culminando apenas na troca de uma instituição asilar por outra com características semelhantes, reverberando os estigmas, os preconceitos e a exclusão.

Klein e Zioni (2015), ao discorrerem sobre a saúde pública no Território Federal do Acre, relatam quando ainda não havia organização dos serviços de saúde pública no território acreano, a iniciativa que persistia no que tangia o tratamento de hansenianos, tuberculosos e doentes mentais era o confinamento. Retratam sobre a existência de um pavilhão, alojamento

⁷⁴ Utilizamos o termo tentativa, pois é evidente que a transferência de pacientes de um hospital psiquiátrico para uma instituição de longa permanência para idosos resguarda o mesmo caráter asilar e de uma instituição total, portanto, isso não consiste em desinstitucionalização, como preconiza a reforma psiquiátrica brasileira.

construído ao lado da cadeia pública de Rio Branco, no qual as pessoas com estas enfermidades eram internadas. Os autores enfatizam que os pacientes eram tratados como os “detentos” da cadeia que ficava ao lado do pavilhão. “Em 1928, foi construído um leprosário em Rio Branco para alojar pessoas atingidas pela hanseníase” (Klein & Zioni, 2015, p. 75), pois para o governo Hugo Carneiro, o perambular pelas ruas era considerado um sério problema para a cidade. Destacam também a origem dos recursos que financiaram a construção de hospitais na capital acreana:

Em 1977, foram destinados 19% do orçamento do Estado do Acre para os serviços de saúde, porém esse orçamento era composto majoritariamente de recursos financeiros de origem federal. Algumas fontes de recursos para a saúde foram empréstimos obtidos junto à Caixa Econômica Federal, convênios com o Ministério da Previdência, Funrural e INPS. Neste período, consta a modernização, ampliação e novo aparelhamento da rede hospitalar. Foram concluídas as obras do Hospital de Clínicas, com 130 leitos, e do Hospital de Doentes Mentais, com 60 leitos ... (Klein & Zioni, 2015, p. 99).

Fica evidente por meio da pesquisa de Klein e Zioni (2015), e como também verificamos numa nota n’*O Jornal* de 1978, ed. 73, o financiamento realizado para construção do hospital psiquiátrico provinha do Fundo de Assistência Social e da Caixa Econômica Federal. Sobre o retrato recente do Hosmac, conforme os dados do SAME, no ano de 2019 houve 5.282 consultas com médico psiquiatra e 10.850 com médicos clínicos gerais. No ano de 2020, houve 2.347 consultas com médicos psiquiatras e 17.996 com clínicos gerais. Sobre a redução das consultas com médicos psiquiatras, em razão da pandemia da Covid-19, houve redução de atendimentos e internação. Sobre os atendimentos de emergência o ano de 2019 foram registrados 1.614 atendimentos; e, em 2020, houve 1.364 destes atendimentos. No que diz respeito às internações, no ano de 2019 foram 1.039; e, no ano de 2020, foram registradas 832 internações.

Iremos nesta seção apresentar os resultados e as possíveis leituras de 602 prontuários. Para melhor compreensão e organização dos dados, optamos para apresentar os gráficos dos dados do ambulatório e da internação, simultaneamente quando o descritor for o mesmo; e, separadamente, quanto aos descritores diferentes.

5.1 HOSMAC: UM RETRATO DO MANICÔMIO E DOS QUE SÃO CONSIDERADOS LOUCOS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO

A título de ilustração seguem imagens de dois prontuários, um do ambulatório de 1981 e um de internação de 2018. Cabe salientar que fizemos a edição de alguns dados, ocultando informações que poderiam identificar o usuário e o profissional que realizou atendimento, de forma, a assegurar o sigilo e a confidencialidade.

Figura 23

Imagem do prontuário do ambulatório do Hosmac de 1981.

HOSPITAL GERAL DE RIO BRANCO FOLHA DE REGISTRO
SETOR DE AMBULATÓRIO Data: 14/08/81 Prontuário nº [redacted]
NOME DO (A) PACIENTE: [redacted]
ENDEREÇO COMPLETO: [redacted] Palheiral
LUGAR E DATA DE NASCIMENTO: Feijó - SC - 16-09-51
FILIAÇÃO: [redacted]
SEXO: [redacted] ESTADO CIVIL: Casada NOME DO CÔNJUGE: [redacted]
PROFISSÃO: [redacted] NÍVEL DE INSTRUÇÃO: [redacted]
SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA: [redacted]
Pessoa RESPONSÁVEL: [redacted]
ENDEREÇO COMPLETO DA PESSOA RESPONSÁVEL: [redacted]
OBSERVAÇÕES: [redacted]

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL
14.08.81
Controle de tratamento neurológico
I 36 P 66 R 20 P A 10 X 5
346.4/81
[Handwritten notes and signatures follow]

PRONTUÁRIO 39

TRATAMENTO - EVOLUÇÃO

136 P62 219 P2 500

Dieta leve de neurologia +
massagem e ventosoterapia

- Dieta por 10 - 2 adic
- Drenagem de Dextra

09.12.81
Queixa de cefaleia fantasma
falta de apetite

10-03-82
Continuação do tratamento com
PA 30x2 2 = 308 2 = 19

Voltem os raios o quadro por ter
parado a medicação
Mantém a medicação

15-07-82 Controle de tratamento
P.R. 1x6 temp 36,2 2.69

Alívio a cefaleia

030999: INSAIA - CEFALIA - VULVAR
Depressivo - Análise
CONTINUA FARMACOTERAPIA
1. Internar 20/08/82 002
2. Análise 24/08/82 005

Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Hosmac.

Figura 24

Imagem do prontuário de internação do Hosmac de 2018.

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HOSMAC

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

Nome: [blank] Data de Nascimento: 27/07/91 Sexo: M Estado Civil: Solteiro Presente: Presente
Endereço: Casa - 15 Bahia Velha

Admissão: 10/02/19 Duração: 26 dias Hospitalar

SERVIÇOS PROFISSIONAIS

DATA	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR	QUANTIDADE	TOTAL
10/02	Atendimento médico	120,00	26	3120,00
11/02				
12/02				
13/02				
14/02				
15/02				
16/02				
17/02				
18/02				
19/02				
20/02				
21/02				
22/02				
23/02				
24/02				
25/02				
26/02				

DATA DO TPC: 10/02/19 DATA DE ALTA: 07/02/20

UNIDADE HOSPITALAR: HOSMAC

RESUMO: [blank]

DIAGNÓSTICO: [blank]

PROGNÓSTICO: [blank]

ASSINATURA DO MÉDICO: [blank]

ASS201

Sistema Nacional de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <u>HOSMAC</u>			
Identificação do Paciente 2. NOME DO PACIENTE: <u>Marlene</u> 3. NOME DE VÍDEO: <u>Marlene</u> 4. DATA DO NASCIMENTO: <u>10/10/91</u>			
5. ENDEREÇO COMPLETO DO PACIENTE: <u>Rua Branca</u> 6. CID: <u>Bahia Velha</u> 7. CID: <u>AC</u>			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 8. PRESENTES SINAIS E SINTOMAS DO PACIENTE: <u>Paciente se apresenta agitada, agressiva, desorientada, cujo critério prejudicado.</u> 9. CONDIÇÃO DA JUSTIFICATIVA E INTERVENÇÃO: <u>As citadas acima</u> 10. PREVISÃO REALIZADA DE PRONÓSTICO (COMENTÁRIOS PARA FOMOS DE COMISSÃO REALIZADA): <u>Ev. Psiquiátrico e Amamentação</u> 11. QUANTIDADE DE DIAS: <u>F29</u>			
PROCEDIMENTO SOLICITADO 12. TIPO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Internação</u> 13. NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Psiquiátrico</u> 14. NÚMERO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>59487985000</u> 15. DATA DE SOLICITAÇÃO: <u>15/12/10</u>			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) 16. 1. ACIDENTE DE TRABALHO: <input type="checkbox"/> 17. 2. ACIDENTE DE TRANSPORTES: <input type="checkbox"/> 18. 3. ACIDENTE DE TRÁFICO: <input type="checkbox"/> 19. 4. ACIDENTE DE OUTROS MEIOS DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> 20. 5. ACIDENTE DE TRÁFICO AEREO: <input type="checkbox"/> 21. 6. ACIDENTE DE TRÁFICO TERRESTRE: <input type="checkbox"/> 22. 7. ACIDENTE DE TRÁFICO MARÍTIMO: <input type="checkbox"/> 23. 8. ACIDENTE DE TRÁFICO FERROVIÁRIO: <input type="checkbox"/> 24. 9. ACIDENTE DE TRÁFICO AEROSPAZIAL: <input type="checkbox"/> 25. 10. ACIDENTE DE TRÁFICO AEROSPAZIAL: <input type="checkbox"/> 26. 11. ACIDENTE DE TRÁFICO AEROSPAZIAL: <input type="checkbox"/> 27. 12. ACIDENTE DE TRÁFICO AEROSPAZIAL: <input type="checkbox"/> 28. 13. ACIDENTE DE TRÁFICO AEROSPAZIAL: <input type="checkbox"/> 29. 14. ACIDENTE DE TRÁFICO AEROSPAZIAL: <input type="checkbox"/> 30. 15. ACIDENTE DE TRÁFICO AEROSPAZIAL: <input type="checkbox"/> 31. 16. ACIDENTE DE TRÁFICO AEROSPAZIAL: <input type="checkbox"/>			
AUTORIZAÇÃO 32. DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u>15/12/10</u> 33. NOME DO MÉDICO: <u>980016282409124</u> 34. ASSINATURA DO MÉDICO: <u>[assinatura]</u> 35. DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u>15/12/10</u>			

HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DO ACRE - HOSMAC
 Ficha de Admissão

1. Identificação: HOSMAC

Nome: Marlene
 Sexo: Fem Data do Nascimento: 10/10/91
 Naturalidade: Rio Branco - AC Nacionalidade: Brasileira
 Grau de Instrução: -
 Profissão: Aposentada Aposentado: Sim () Não N°
 Filiação: - Pai: F Mãe: -
 Religião: -
 Endereço: C15 Bahia Velha
 Ponto de Referência: Velha
 Responsável pelo paciente no ato da internação: -
 Endereço: o mesmo
 Ponto de Referência: -
 Grau de Parentesco: Tia Tel. (in)

2. Anamnese:
 Queixa Principal: Agitação Psicomotora
 H.D.A.: Paciente se apresenta agitada,
 Exame Psiquiátrico: inquieta, desorientada, agressiva.
 Exame Físico: Resposta adequada, agitada, acicil, acicil-felico, MUC1, RNF 21.
 Antecedentes pessoais: internações anteriores
 Antecedentes Familiares: -
 Impressão Diagnóstica: F29 / F71
 Assinatura do Médico: -
 CRM-CARIMBO: -
 Data: 15/12/10



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DO ACRE

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º da Lei 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a alta do(s) paciente abaixo relacionado(s).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA VOLUNTÁRIA Nº 925 - 18			
1. ESTABELECIMENTO			
NOME: _____			
CNPJ: _____			
2. PACIENTE			
Nome: _____			
Pai: _____			
Mãe: _____			
Identidade Nº: _____		Orgão: SSP UF: AC	
CIC: _____		Naturalidade: Rio Branco UF: AC	
Nacionalidade: Brasileira		Data de Nascimento: 10-10-1991	
Estado Civil: Solteiro		Profissão: Aposentado	
Endereço: _____			
Cidade: Rio Branco			
3. PACIENTE			
Data: 12-12-18		Hora: 10:00	
Justificativa: Paciente de evolução crônica, suspeita de doença, agressiva		CID: F09 F71 Local: Hosmac	
Médico responsável pela alta: _____			
Assinatura e carimbo do Médico com nº do CRM: _____			
Familiar responsável pelo paciente: _____			
Grau de parentesco: Tia		Orgão expedidor: SSP/AC	
Endereço: _____		Cidade: Bahia Velha	
Assinatura do responsável: _____			
4. CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO			
Concordo com minha intenção neste hospital, tendo em vista as informações que me foram prestadas pelo médico responsável, sobre a necessidade de internação e também sobre os direitos, garantidos na Lei 10.216.			
Rio Branco, Acre, 15 de Dezembro de 2018			
Assinatura ou polegar do paciente: _____			
5. OBSERVAÇÃO			

Estrada da Sobral, 663 - Sobral
CEP: 69.903-700
Fone: (68) 3225-5434/3225-2356 - Fax: (68) 3225-2282

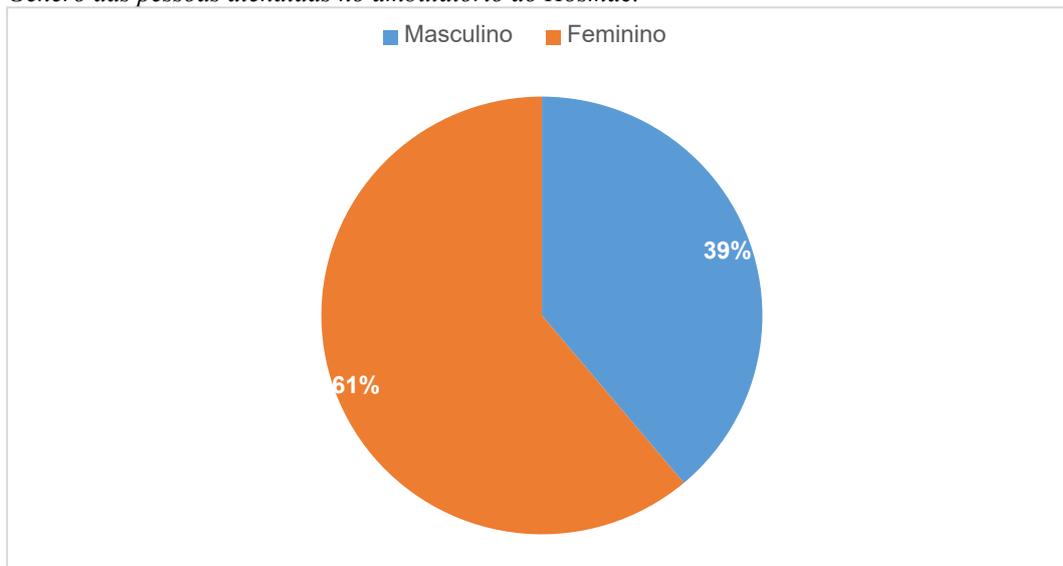
Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Hosmac.

5.1.1 O gênero das pessoas atendidas no ambulatório e na internação no Hosmac

Iniciamos a exposição pela apresentação do gráfico correspondente ao gênero das pessoas atendidas no ambulatório e das que foram internadas no Hosmac, reiteramos que os prontuários do ambulatório correspondem ao recorte temporal de 1980 a 2000, e os prontuários de internação de 2001 a 2018.

Figura 25

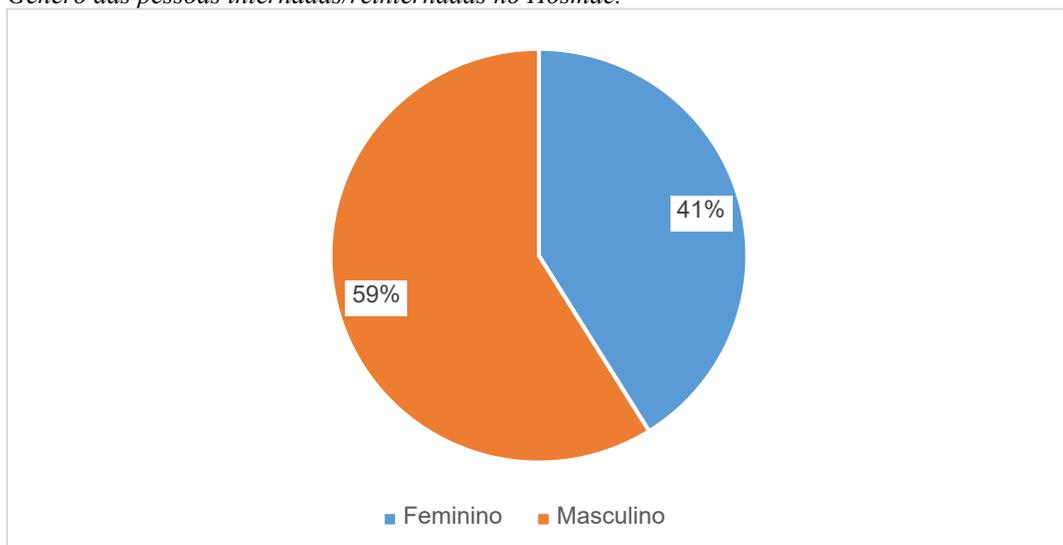
Gênero das pessoas atendidas no ambulatório do Hosmac.



Elaborada pela autora.

Figura 26

Gênero das pessoas internadas/reinternadas no Hosmac.



Elaborada pela autora.

É importante observar que o maior número de atendimentos no ambulatório foi de mulheres, ao contrário, o número de internações foi maior entre os homens, no período de levantamento desse estudo. Contudo, o recorte temporal é diferente, não podemos afirmar se seria o mesmo recorte no caso das internações entre os anos de 1980 e 2000, tendo em vista que, no ambulatório, neste período, a maioria dos atendimentos foi de mulheres. Vale ainda salientar que, no levantamento dos prontuários de internação, parte significativa das internações dos homens estavam relacionadas a algum tipo de transtorno mental, considerado decorrente

do uso abusivo do álcool e/ou outras drogas, e ao diagnóstico de esquizofrenia e outras psicoses. Esse dado é interessante para refletirmos sobre onde as mulheres que fazem uso de álcool e/ou outras drogas e com comprometimento de saúde mental, receberiam assistência, como também pode revelar a invisibilidade desse público, pelo preconceito e estigma comumente maior em relação às mulheres, quando se trata do uso do álcool e/ou outras drogas. Além do mais é necessário reiterar as diferenças na forma de sofrimento psíquico entre os gêneros.

A Lei Federal nº 10.216/2001, marco legal e histórico da reforma psiquiátrica, estabeleceu as diretrizes básicas para o atendimento da pessoa com transtornos mentais e para os usuários que possuem algum transtorno em função do uso de álcool e outras drogas. Evidencia que a oferta de cuidados deve estar embasada em dispositivos extra-hospitalares, devidamente articulada com outros serviços da rede assistencial em saúde e com interfaces intersetoriais, pautada pela atenção comunitária e de forma territorializada. (Brasil, 2001). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020), verificou que os países de média renda investiram mais de 70% dos gastos totais do governo com a saúde mental, em hospitais psiquiátricos. Ao passo que este investimento nos hospitais psiquiátricos em países de alta renda foram na ordem de 35%. Isso amostra a precariedade dos serviços da Atenção Primária e de hospitais gerais, bem como de rede substitutiva, considerando que o tratamento tem sido centralizado em internações.

Não podemos nos esquecer da Nota Técnica nº 11/2019 que explicita mudanças nas Políticas de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas, que representa um afastamento real dos princípios que são o alicerce da reforma psiquiátrica brasileira, um retrocesso nas políticas de saúde mental no país. Neste sentido, a Nota Técnica nº 11/2019 reestabelece o hospital psiquiátrico e coloca as comunidades terapêuticas, como protagonistas da assistência em saúde mental, descredenciando a rede de atenção psicossocial e colocando-a como suporte para entrada e saída de internações. A Nota admite ainda o financiamento para a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, modelo de estratégia de tratamento amplamente questionado pela literatura científica e que, durante décadas, foi utilizado de modo indiscriminado e punitivo; e, ainda em tempos atuais, é considerada uma estratégia rara e excepcional em função dos efeitos colaterais. Descreve também o que considera como curta e longa permanência de internação, a primeira pode chegar até 90 dias, contrariando as evidências de que internações longas possuem efeito iatrogênico, reforçando o aumento de número de moradores nestes hospitais psiquiátricos, tendo em vista que este tempo promove o rompimento de vínculos familiares e sociais, amplia o estigma e aumenta a cronicidade. Implanta a separação das políticas de saúde mental e a de álcool e outras drogas, colocando esta última sob

a responsabilidade do Ministério da Cidadania, e, nesta derrocada, abandona a estratégia de redução de danos e aposta numa única forma de tratamento, ou seja, a abstinência total. Não bastando tanto contrassenso, defende a internação de crianças e adolescentes em instituições psiquiátricas, à revelia do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) Lei nº 8.069 de 1990. Alguns dos disparates que colocaram mais uma vez as conquistas no campo da saúde mental em corda bamba.

É fundamental analisarmos a perspectiva nas diferenças de gênero no que tange o sofrimento psíquico, as internações psiquiátricas e o acompanhamento ambulatorial. Bragét et al., (2020) em um estudo referente às internações psiquiátricas de mulheres no Rio Grande do Sul promulgam que as causas predominantes de internação foram o diagnóstico de depressão e transtorno de humor bipolar. Ainda sobre as diferenças na causa de internação, o trabalho de Silva et al. (2014) indicou que mais de 65% das internações dos homens deveram-se aos problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas, enquanto mais de 79% das mulheres as internações estavam relacionadas aos transtornos de humor. De acordo com Andrade, Viana e Silveira (2006) os estudos epidemiológicos indicam que a taxa de prevalência de transtornos de ansiedade e do humor é maior entre as mulheres, enquanto nos homens a maior prevalência refere-se ao uso abusivo de substâncias psicoativas, transtornos de personalidade antissocial e esquizotípica. Destacam ainda que a maior incidência entre as mulheres é a depressão, estas observações têm ocorrido em diferentes regiões do mundo e avaliado por meio de diferentes instrumentos e critérios diagnósticos.

Outro aspecto relevante é o tratado por Kohen (2001), a qual reitera que, no caso de esquizofrenia e distúrbio afetivo bipolar, as características demográficas e clínicas se diferenciam entre homens e mulheres. Mulheres esquizofrênicas conseguem gerir melhor as questões relacionadas ao comportamento social e sexual, tendo o curso do adoecimento menos crônico e isso explicaria o motivo dos homens com esquizofrenia terem tido maior número de internações e maior permanência, tendendo a se tornar crônico e culminar no fenômeno *revolving door* que discutiremos adiante. As esquizofrenias, psicoses de forma geral e o uso de substâncias psicoativas em modo abusivo ocupam os maiores índices de internação. Enquanto pessoas com transtornos de ansiedade, transtornos de humor e quadros depressivos, comumente, possuem seu acompanhamento em ambulatórios de psiquiatria.

Considerado esses dados epidemiológicos que indicam as diferenças de gênero no que concerne o sofrimento psíquico e, conseqüentemente, as internações e os acompanhamentos ambulatoriais no âmbito da psiquiatria. Podemos identificar que as mulheres alcançaram maior índice em acompanhamento no ambulatório do Hosmac por estarem relacionadas com os

diagnósticos mencionados, conforme os estudos citados. É possível, por exemplo, perceber que estas mulheres estão em atendimento no ambulatório há vários anos e tiveram diversas mudanças quanto ao uso de medicamentos e diversas hipóteses diagnósticas o que pode desencadear um processo de medicalização. Tendo em vista que parte significativa dos diagnósticos dessas mulheres é da ordem dos transtornos do humor e estados depressivos, geralmente, são acompanhadas em ambulatório, por longos anos e com algumas internações. Além disso, foi possível identificar nos registros uso excessivo de psicotrópicos.

É evidente que a experiência do sofrimento psíquico ocorre de forma diferente entre os gêneros e é atravessada por valores e normas de determinados períodos históricos e políticos no seio de nossa sociedade. Neste sentido, a manifestação do sofrimento psíquico tem seu alicerce sócio-histórico, o qual abrange a dimensão social e dos produtos e as atribuições de papéis sociais envolvidos nas relações de gênero. Boeff e Souza (2020) indicam que o surgimento de quadros de depressão em mulheres é perpassado com frequência por práticas de violência de gênero, que ocorrem desde o núcleo familiar aos ambientes de trabalho e institucional. Isso decorre de uma estrutura social que engendrada no modelo patriarcal impõe às mulheres, desde a infância, situações que as expõe à violência, colocando-as em vulnerabilidade. Estas circunstâncias somadas à história familiar, abusos na infância, exposição constante a fatores estressantes são considerados fatores de risco para a saúde das mulheres. Além do mais é necessário pensar também sobre as interseccionalidades que influenciam e impactam de forma diferente o sofrimento psíquico como as questões relacionadas à cor da pele, etnia, classe social, entre outros aspectos que precisam ser considerados ao pensar a oferta de cuidado em saúde mental.

Cabe o destaque para um dado relevante que pode nos auxiliar na compreensão do adoecimento psíquico das mulheres em território acreano. O Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2021) sobre os dados coletados para o Anuário Brasileiro de Segurança Pública apresentou informes relativos à violência letal e sexual de meninas e mulheres no Brasil. Esta pesquisa realizada entre os anos de 2019 e 2021 indicam que o estado do Acre ocupa o primeiro lugar entre os estados federativos quanto a taxa de feminicídio. A taxa da média nacional de mortes de mulheres, nestes casos, é de 1,22 mortes para cada 100 mil mulheres, o estado do Acre tem a média de 2,7 mortes para cada 100 mil mulheres, mais que o dobro da média nacional. A vulnerabilidade das mulheres no estado do Acre é acentuada e preocupante, vítimas dos mais diversos tipos de violência e, às vezes, mortas por seus cônjuges ou companheiros. Os desdobramentos dessa realidade têm rebatimentos na saúde mental das mulheres e, consequentemente, nos serviços de saúde.

Zanello, Fiuzza e Costa (2015) revelam que as questões geradoras de sofrimento estão, por vezes, entrelaçadas aos dispositivos do casamento, da maternidade e, principalmente, do âmbito amoroso. Enquanto, nos homens, a fonte de sofrimento por eles relatada está relacionada ao seu papel social de provedor em que o trabalho é visto como a principal fonte de sofrimento, porque trabalha demais ou porque o adoecimento o impediu de exercer suas atividades laborais. Os autores nos convocam a pensar sobre a necessidade de visibilizar os aspectos relacionados aos gêneros quando se trata do sofrimento psíquico:

Debater essa articulação permite não só a reflexão do quanto a loucura e a expressão dos sintomas podem ser engendradas, mas também do quanto a naturalização dessas questões sociais pode ser intensificada pelas práticas psiquiátricas. Nesse sentido, ao se questionar essa prática reificadora, a articulação com a análise das relações de gênero nos autoriza a desconstruir um discurso cientificista e nos permite restituir as vozes dos ditos loucas e loucos, escutando as especificidades da cultura nessas falas (Zanello et al., 2015, p. 245).

Outro aspecto importante para refletirmos sobre esses dados é sobre o atendimento no ambulatório que, segundo os gráficos apresentados anteriormente, seriam em sua maioria de mulheres jovens. Não podemos esquecer que as práticas em ambulatórios de saúde mental culminam em diversos rebatimentos como a desconsideração dos aspectos relacionados à cultura e às questões sociais, tendo em vista o caráter compartimentalizador desses atendimentos; o espaço elevado de tempo entre as consultas; o uso em excesso de psicofármacos; a cronicidade; a baixa resolubilidade no que tange as crises e a pouca ou nenhuma articulação com os serviços de base territorial. Nesta perspectiva, Severo e Dimenstein (2011) afirmam:

As diversas demandas atendidas e concentradas no ambulatório e o quadro de desarticulação da rede de saúde mental com a atenção básica e com outros dispositivos sociais de cuidado indicam a prevalência do paradigma hospitalocêntrico, asilar. A cronificação na rede evidenciada pela falta de alternativas diversificadas que poderiam funcionar como dispositivos de encomenda para responder a essas demandas acaba por reafirmar a psiquiatrização da demanda social (p. 653).

Segundo Costa-Rosa (2000), cabe avaliar as funções sociais dos dispositivos de saúde mental, que sob os auspícios de cuidado, os ambulatórios em saúde mental teriam uma função positiva, considerando o discurso de produção de saúde, atendimento multiprofissional, entre outros aspectos. Contudo, às vezes, não se coloca em debate a função negativa deste, como o seu caráter hospitalocêntrico e medicalizante. Ao considerar e admitir no âmbito dos ambulatórios o paradigma psiquiátrico, ou seja, o saber centrado na pessoa do médico, pouco se questiona os efeitos negativos do manicômio quando se trata de atendimentos realizados em ambulatórios. Nesta perspectiva, Bezerra Jr. (1987, p. 149) já destacava que as estratégias de tratamento reforçam continuamente a ideia de que este esteja atrelado à medicação, e isso denuncia a visão pela qual os profissionais e o serviço se pautam, "... É uma maneira de acentuar uma visão organicista e estreita da doença e do sofrimento que tende a fazer do ato de prescrever medicamentos o corolário da assistência médica".

Zanello e Silva (2012), em levantamento num serviço de saúde mental do Distrito Federal, buscaram verificar os sintomas e diagnósticos de homens e mulheres e identificaram que os sintomas se diferenciavam entre os gêneros, sendo os sintomas das mulheres, insônia, irritabilidade, cefaleia, nervosismo, desânimo, entre outros. Portanto, este trabalho corrobora com o encontrado nos prontuários das mulheres atendidas no ambulatório do Hosmac de nossa pesquisa. Embora não tenhamos construído gráfico para este dado, podemos perceber que, em sua significativa maioria, relatavam exatamente os sintomas arrolados por Zanello e Silva (2012):

É fundamental, portanto, resgatar o cotidiano e a vida destas pessoas sob pena de estarmos silenciando males sociais (de gênero, raça e pobreza) sob a rubrica de uma ciência dita neutra e imparcial. Para tanto, faz-se necessário conhecer os usuários da rede pública de saúde mental, suas características sociodemográficas e peculiaridades de vida (p. 274).

Em face dos dados apontados, destacamos a relevância de se conhecer quem são as mulheres cujos prontuários não traduzem sua existência e vivências. Nesta lógica, Santos (2007) reitera os aspectos negativos que este tipo de atendimento, em ambulatório, pode tornar o problema crônico e desencadear a estigmatização, o saber médico centralizador e a elevação no uso de psicotrópicos e ingressar em circuito de várias internações. Assim como pode ser

uma barreira na consolidação da reforma psiquiátrica que busca mudanças de paradigmas, abandonando a hegemonia asilar e adotando a lógica de atenção psicossocial.

Sobre a relação das mulheres e o uso abusivo de álcool e outras drogas, Albuquerque e Nóbrega (2016) listam fatores que dificultam a busca das mulheres por cuidados em saúde, o medo da estigmatização, a culpa, a vergonha, o medo de sofrer represálias da família e do companheiro ou da companheira, a desaprovação social, o medo de perder a guarda dos filhos, quando são mães. Acentuam ainda a inabilidade de profissionais de saúde na identificação do problema com álcool e outras drogas nas mulheres e, por consequência, a falta de encaminhamento adequado para os dispositivos de cuidado em saúde mental na lógica da atenção psicossocial. Sublinha que, por vezes, estes serviços também desconsideram os atravessamentos da condição feminina na sociedade, o que reverbera na falta de adesão dessas aos cuidados ofertados. Gomes e Brilhante (2021) também pautam as vicissitudes encontradas por essas mulheres:

Às mulheres dependentes químicas, ficam reservados estigmas peculiares, que as associam a comportamentos inadequados, abandono da família e da sua casa, prostituição, vergonha e falta de moral, que se somam às vulnerabilidades às quais elas já estão expostas pelo simples fato de serem mulheres e pelo exercício do poder masculino, potencializando os riscos de serem violentadas e mortas. Quando considerados aspectos interseccionais que singularizam cada mulher nessa relação, mais exclusão se coloca, posto que, além de mulher e dependente química, ela pode ser negra, pobre, indígena etc (Gomes & Brilhante, 2021, p. 9).

De acordo com Santos e Romanini (2019), o uso de álcool e outras drogas incentiva a disseminação do preconceito, do estigma e das representações sociais que circulam em torno do gênero feminino. “Nessa discussão, acredita-se que a (in)visibilidade das mulheres nos serviços de saúde pode estar relacionada com a construção destes estigmas” (Santos & Romanini, 2019, p. 88). Neste sentido, pensar sobre os cuidados em saúde mental de mulheres usuárias de álcool e outras drogas, em condição abusiva, exige que tenhamos atenção quanto aos papéis sociais e culturais atribuídos a essas mulheres. É preciso que levemos em conta, no processo de adesão do cuidado, todos os possíveis atravessamentos da existência material dessa mulher. Conforme Nóbrega e Oliveira (2005) mostram a maneira preconceituosa como a sociedade julga as mulheres em uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, são classificadas

como imorais, pervertidas, em suma, desqualificam seus comportamentos, propiciando um processo de estigmatização e rotulações. Por conseguinte, isso compromete a busca por tratamento, aspecto já identificado na literatura, a qual mostra que a busca pelas mulheres dos serviços de saúde, nestes casos, é menor do que a busca pelos homens.

Nesta perspectiva, a desqualificação moral imputada às mulheres que fazem uso abusivo do álcool e/ou outras drogas é apontada como um desafio na busca e adesão de cuidados. Contudo, não podemos esquecer que estas atitudes em relação a essas mulheres não são recentes. Silva (2021) defende que estas questões são construções históricas e demonstra em seu estudo que teve como tempo circunscrito para entender tais questões, as primeiras décadas do século XX no Brasil, período em que o país esteve envolto pela difusão do ideário da higiene mental⁷⁵ e da eugenia⁷⁶, o álcool era um problema a ser combatido na sociedade, pois era visto como um problema social e moral. Assim, quando se tratava de mulheres em uso abusivo do álcool, os discursos circundavam em torno de controle do comportamento e reforço dos estereótipos das mulheres, como exaltar a mulher, mãe e esposa, fosse para tê-las como aliadas ao combate ao uso do álcool ou como forma de culpá-las. Deste modo, é notório que a forma como as mulheres são vistas e tratadas em razão do uso abusivo de álcool, nos dias atuais, não há significativa diferença da forma como foram vistas e tratadas no início do século XX, obviamente resguardando às mudanças ocorridas na sociedade e nos serviços ofertados, para não correr o risco de apenas transpor o passado ao presente.

⁷⁵ Conforme Boarini (2003) as descobertas científicas no campo da Bacteriologia e Microbiologia, reafirmaram a necessidade de pensar a higiene como forma de prevenir contágios de determinados adoecimentos. Embora essa seja uma necessidade com constatação científica, o ideário do higienismo, é colocado como um “imperativo da ordem social”, biologizando [sic] e individualizando questões que estão envoltas na organização social, tornando-a naturalizadas e como um problema da ordem de higiene. “Nesta perspectiva, não apenas as doenças físicas tinham como receituário a higiene, mas doenças psíquicas, os bons costumes e a moral passam a ser um problema de higiene.”(Boarini, 2003, pp. 36, 37). Sob esta ótica, a autora salienta que a educação era vista como uma das principais estratégias dos higienistas, uma vez que a educação seria a responsável pelos novos hábitos de higiene, principalmente com foco no público infantil, com base no ajustamento e na adequação de condutas e comportamentos, e, desta forma, solucionaria uma diversidade de problemas de ordem física, mental, moral e social. Neste aspecto, seria então o “triunfo da naturalização do social”.

⁷⁶ A eugenia um termo derivado dos postulados do fisiologista inglês Francis Galton para designar os fatores hereditários possíveis de controlar e que poderiam melhorar a qualidade racial de gerações futuras (Costa, 1989). Boarini (2003) aponta que, embora não existam estudos sistematizados sobre a eugenia anteriormente aos estudos de Francis Galton, a busca por uma raça pura e hígida é possível de ser verificada desde a Grécia Antiga. A autora destaca que a sistematização desses estudos, enquanto ciência biológica, somente ocorreu em 1869 com Francis Galton. Refere ainda que o primeiro a introduzir sistematicamente a eugenia no Brasil, nas primeiras décadas do século XX, foi o médico Renato Kehl, o qual defendia medidas como esterilização, controle matrimonial, entre outras estratégias que tinham como escopo buscar a purificação da raça, superando a degeneração do povo brasileiro, eliminando os degenerados.

5.1.2 Os intervalos de idades das pessoas atendidas no ambulatório, e internadas e reinternadas no Hosmac

Optamos por apresentar as idades de forma intervalar, tendo em vista o recorte temporal pesquisado, que correspondeu aos prontuários dos primeiros 20 anos de funcionamento do Hosmac e os prontuários de internação de 18 anos deste serviço. Registramos as idades das pessoas que tiveram seus atendimentos no ambulatório entre os anos de 1980 e 2000, e também das que foram internadas entre os anos de 2001 e 2018.

Não menos importante é acentuar o número de crianças e adolescentes atendido em ambulatório ou internado nesta instituição psiquiátrica. Pelos gráficos, é possível depreender que houve crianças de cinco anos de idade atendidas em ambulatório e adolescentes de 14 anos reinternados, embora o Hosmac não tenha leitos psiquiátricos destinados à internação de crianças e adolescentes, segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em consulta realizada em 2021, corroborando a informação obtida durante a coleta de dados no SAME do Hosmac. Embora não exista o cadastro, há internações de adolescentes no hospital psiquiátrico em Rio Branco. Neste sentido, não podemos perder de vista que situações de crises são possíveis de acontecer e, via de regra, a internação representa uma necessidade. Em virtude da necessidade, às vezes de cuidados intensivos, a reforma psiquiátrica prevê dispositivos para atender a pessoa em sofrimento psíquico de forma integral, por isso, propôs a criação de leitos de saúde mental em hospitais gerais; e os CAPS de porte III que preveem a internação, em casos avaliados como necessários, para melhor assistência e como forma de assegurar a atenção e cuidado, conforme preconiza os princípios da Reforma Psiquiátrica.

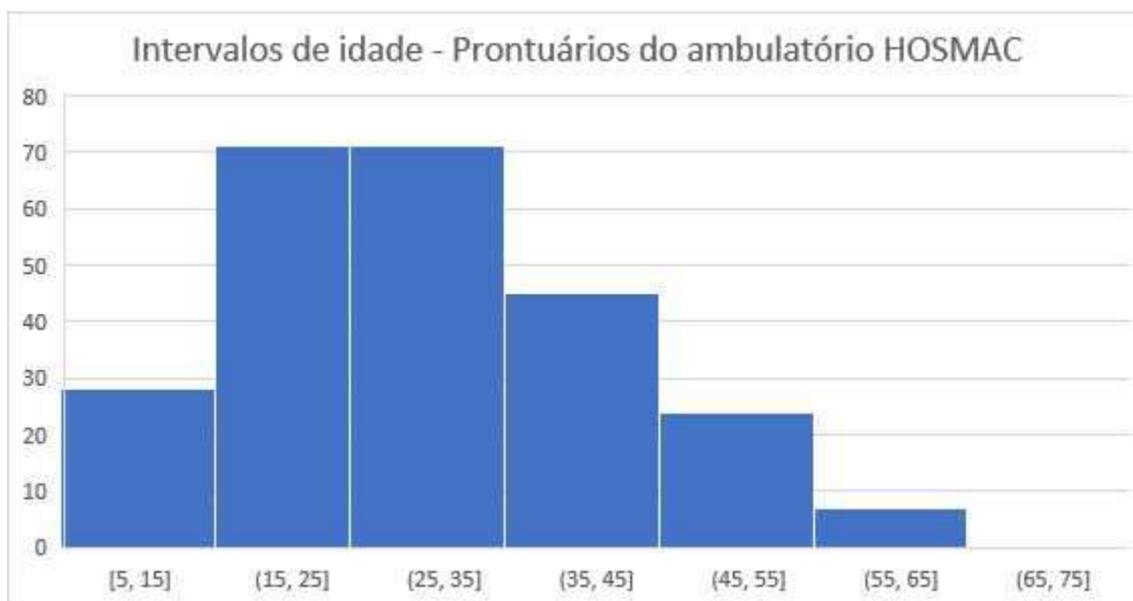
Braga e d'Oliveira (2015) afirmam que a internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos, usualmente, ocorre devido a algum tipo de ato infracional. Outro aspecto relevante é o uso de substâncias psicoativas por parte deste segmento, e, nesta conjuntura, a interface entre a psiquiatria e justiça utilizam como principal medida a internação, sob o discurso de cuidado e proteção. Conforme Resende (2008), as crianças e os adolescentes das famílias da classe trabalhadora são as que ingressam em maior número no circuito do Sistema de Justiça. A autora salienta que as políticas públicas são insuficientes em diversos âmbitos, pois não garantem a condição de cuidado e vida digna para essas crianças e adolescentes. Neste viés, o Judiciário e o Ministério Público têm cedido aos apelos da sociedade no que diz respeito à limpeza social de crianças e adolescentes, quando estes se tornam um incômodo para a sociedade.

O fato é que o que deveria ser proteção vem se configurando, de forma contrária às doutrinas de proteção integral de crianças e adolescentes, denotando-se em ações de punição. A internação em hospital psiquiátrico vai contra os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, e repete o que a história conta segregação e marginalização daqueles que incomodam ou não se adequam aos padrões estabelecidos por cada sociedade (Costa, Ohara & Boarini, 2019).

Joia (2014, p. 11) assegura que são principalmente crianças e adolescentes em situação de dependência de substâncias psicoativas que não têm recebido cuidado. Esse contexto engendra uma série de conflitos desencadeando intervenções que prioriza a “tutela, institucionalização e medicalização da infância e juventude”.

Figura 27

Intervalos de idades das pessoas atendidas no ambulatório do Hosmac.



Elaborada pela autora.

Figura 28

Intervalos de idades das pessoas internadas/reinternadas no Hosmac.



Elaborada pela autora.

A população de jovens foi majoritária em algum tipo de atendimento no Hosmac, no ambulatório ou no setor de internação, possivelmente de classe trabalhadora, verificaremos adiante que poucos foram os registros sobre escolaridade e profissão/ocupação dessas pessoas o que pode dificultar a nossa análise do perfil social. Válido demarcar que essa leitura está atravessada pela compreensão da sociabilidade estabelecida pelo capitalismo. O Hosmac parece ter sido o espaço médico constituído para quem não dispôs do espaço social e, por isso, observamos nos prontuários a internação e reinternação de jovens que estavam em situação de rua, e, na verdade, não era possível comprovar se eram moradores de rua ou se estariam na rua e por alguma atitude ou comportamento foram considerados “desordeiros”, “loucos” e levados pela polícia militar e/ou pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sob a justificativa de que precisariam de tratamento, escamoteando a verdadeira razão desta prática comum nos prontuários pesquisados, a higienização da cidade. Deste modo, ocorrendo a internação de jovens que, por algum motivo, não “encaixaram-se” nas disciplinas exigidas pela vida e pelo mundo do trabalho ou que tenham sofrido os impactos da miséria e do desemprego.

Cunha (1986) nos informa, por exemplo, que os serviços dos hospitais psiquiátricos de seus estudos, o Juquery, cumpriam a função de depósito, dos indesejáveis, de todos aqueles que destoavam dos padrões estabelecidos pela sociedade e para aqueles que, por algum motivo,

desorganizavam o cotidiano urbano. Havia uma intenção de limpeza, para que houvesse uma peneira para o preparo para o mercado de trabalho, rechaçando os que não se adequavam às normas dessa sociedade industrial. “... a visão do hospício como uma espécie de depósito de resíduos sociais, refugio que a civilização e o progresso deixaram ao engendrar um novo homem apto e disciplinado para o trabalho urbano” (Cunha, 1986, p. 142). A autora assegura que o público do Juquery no início do século XX era prioritariamente de pessoas brancas, conforme os registros nos prontuários, contudo, durante a pesquisa e ao observar as fotografias presentes nesses, verifica-se o alto índice de internação de pessoas negras e, principalmente, mulheres negras, que nem ao menos possuíam o registro em prontuário sobre cor de pele e/ou etnia, pois já seriam consideradas pessoas com traços de degeneração atribuídos à cor de sua pele e/ou etnia, seguindo os pressupostos eugênicos.

Verificou-se ainda que boa parte da população desta instituição também era constituída por imigrantes italianos, cujas necessidades eram colocadas em segundo plano em face dos atendimentos de brasileiros brancos. Cunha (1986) relembra que a classe trabalhadora era em maior número no Juquery, operários, caixeiros, copeiros, cozinheiras, barbeiros, entre outras profissões que compunham o cenário urbano no início do século XX no Brasil. Como afirma Resende (1987, p. 35), “... a loucura acorda, indisfarçavelmente notória, e vem engrossar as levadas de vadios e desordeiros nas cidades, e será arrastada na rede comum da repressão à desordem, à mendicância, à ociosidade”. Neste sentido, evidencia-se que de maneira geral as instituições asilares no Brasil foram constituídas como lugares destinados aos pobres e os considerados degenerados.

É mister frisar que Silva, Coutinho e Amarante (1999), em estudo sobre a caracterização da população internada nas instituições psiquiátricas do Estado do Rio de Janeiro, identificaram que metade da população internada tinha menos de 40 anos de idade; quase metade da população internada era por diagnóstico de esquizofrenia, seguindo das oligofrenias e transtornos decorrente do abuso de álcool; quanto ao gênero a maioria das internações foram de homens (66%), os quais explicam esta ocorrência pela probabilidade de o uso abusivo de álcool e psicose alcoólica ser maior entre os homens, tendo em vista que o diagnóstico de esquizofrenia e outras psicoses não orgânicas ou oligofrenias não apresentaram diferenças significativas segundo o gênero; observou que, nas mulheres, os transtornos afetivos eram predominantes; um quarto dos internos era analfabeto e, considerando a proporção daqueles que não conseguiram terminar o que na época era denominado como Primeiro Grau, ou seja, atualmente corresponderia ao término do ciclo do nono ano do Ensino Fundamental, esse índice saltava para 74%.

Confirmam desta maneira, que o processo de exclusão dessas pessoas no mundo do trabalho se acentua com as reinternações e a cronicidade do sofrimento psíquico.

O estudo sugere que a evolução da doença e das internações comprometeu a vida econômica desses pacientes. No período entre a primeira internação psiquiátrica e aquela por ocasião do censo, observou-se uma redução pela metade do número de internos que tinha alguma ocupação capaz de prover renda. Além disso, um terço deles não tinha nenhuma fonte de renda, e metade não tinha vínculo com qualquer forma de previdência (Silva et al., 1999, p. 510).

O estudo de Melo, Albuquerque, Luz, Quental, Sampaio e Lima (2015) relacionando o perfil dos moradores dos hospitais psiquiátricos do estado do Ceará verificou que a maioria era homens; solteiros; idade entre 20 e 59 anos de idade. Portanto, corresponde a um período que estariam potencialmente ativos para o trabalho; não conseguiram a identificação nos registros sobre escolaridade; 41% teriam o diagnóstico de esquizofrenia, e mais 18% foram identificados como psicose não especificada. Em pesquisa semelhante no estado de Minas Gerais, Lara e Volpe (2019) observaram que as internações ligadas ao uso abusivo de substâncias psicoativas cresceu e houve uma redução das internações por transtornos psicóticos, porém, ainda eram prevalentes; a predominância de internações do gênero masculino; a média de idade era de 40 anos, população considerada economicamente ativa.

Embora o trabalho de Diniz (2013, p. 16) tenha sido sobre o perfil dos internados em manicômios judiciários no Brasil, cabe salientar que essa população é “majoritariamente masculina, negra, de baixa escolaridade e com periférica inserção no mundo do trabalho ...” e acrescenta: “Estamos diante de um grupo de indivíduos cuja precariedade da vida é acentuada pela loucura e pela pobreza, mas também diante de vidas precarizadas pela desatenção das políticas públicas às necessidades individuais e aos direitos fundamentais” (Diniz, 2013, p.17).

A vivência no hospital psiquiátrico, em uma metáfora, assemelha-se a um grande moedor, um moedor de histórias e vidas, que possui o objetivo de homogeneizar a existência das pessoas que ali estão seja pelo uso de roupas iguais, quando são destituídas de seus pertences ao adentrar na instituição; seja pelo seu diagnóstico ou número de leito, quando são vistos e identificados por tais rótulos; ou mesmo pelo esquecimento intencional daqueles que estão nos manicômios judiciários. Nesta perspectiva, a insígnia de que pretos, pobres e psicóticos são os que ocupam os hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia pode ser uma importante inferência com base na revisão de literatura e nos dados por nós levantados no Hosmac, embora

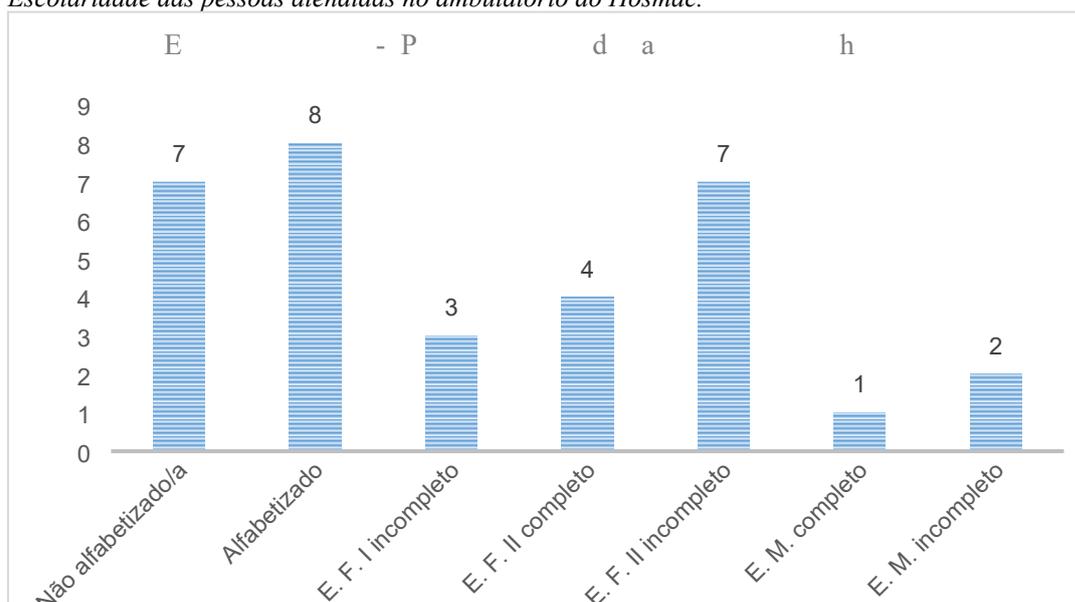
seja necessário mais estudos considerando a cor de pele e etnia, pois são dados comumente não preenchidos nos prontuários, bem como a escolarização e ocupação/profissão. As subnotificações, às vezes, parecem ser um problema não apenas do âmbito da saúde mental, todavia, o esvaziamento e o desprezo pela história dessas pessoas parecem ser ainda mais acentuados e, assim, denotam suas vidas como irrelevantes. Considerando a classe social, o estigma de seus diagnósticos e a inutilidade ante o modelo político-econômico capitalista, a resumirem suas biografias à loucura.

5.1.3 A escolaridade das pessoas atendidas no ambulatório e internadas/reinternadas no Hosmac

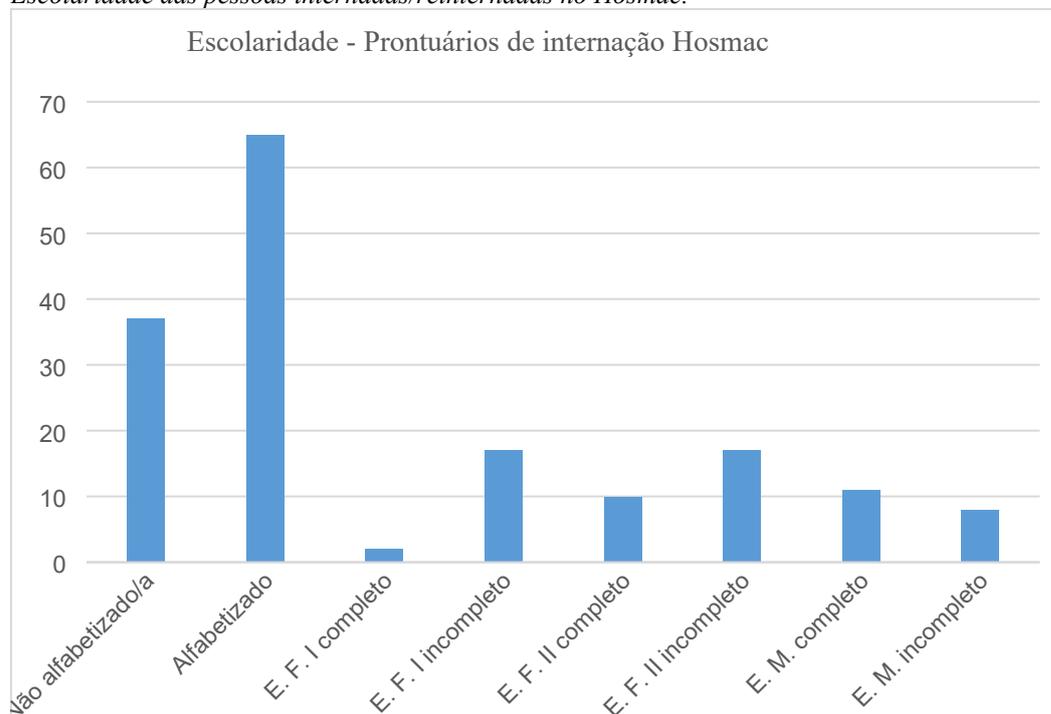
A escolaridade como critério que somado a outros, como profissão/ocupação, gênero e idade, pode nos auxiliar nas reflexões sobre quem foram as pessoas que ocuparam os bancos de espera do ambulatório do Hosmac ou seus leitos na internação. Torna-se relevante também quando se trata de acesso aos serviços de saúde, levando em conta a interface educação e saúde, como também o conhecimento dos direitos à saúde. Já relatamos, neste trabalho, a dificuldade de levantamento de alguns dados. Vale frisar que o preenchimento dos prontuários em nossa pesquisa possuía uma apresentação bastante deficitária, dificilmente era respondido o campo referente à escolaridade, como se fosse um item dispensável no registro deste usuário.

Figura 29

Escolaridade das pessoas atendidas no ambulatório do Hosmac.



Elaborada pela autora.

Figura 30*Escolaridade das pessoas internadas/reinternadas no Hosmac.*

Elaborada pela autora.

Foi possível observar que, em 87% dos prontuários de ambulatório, o espaço destinado ao preenchimento de escolaridade não teve nenhum registro. Quanto aos prontuários da internação/reinternação, 52% não foram preenchidos. Essas subnotificações podem impactar diretamente nos resultados de pesquisas, causando possíveis vieses, além de ter rebatimentos na implantação de políticas públicas de saúde e saúde mental, álcool e outra drogas, levando em conta que são critérios primordiais para se pensar para quem as políticas públicas estão em construção, são recortes que auxiliariam na elaboração e efetivação de estratégias de cuidados condizentes com as necessidades da população. Não obstante, os dois locais do hospital psiquiátrico terem esse item pouco preenchido nos prontuários, verificamos que nos prontuários de internação, conseguimos melhor identificação desse critério preenchido. Isso pode revelar a característica de passagem dos ambulatórios e a pouca preocupação dos profissionais deste setor em conhecer o perfil do público atendido e, desse modo, desenvolver estratégias de cuidado.

Observamos que nos prontuários de internação/reinternação este critério foi preenchido com mais frequência, ao passo que o usuário tem repetidas internações, portanto, o profissional tem mais oportunidade de preencher os itens que não foram preenchidos nas internações anteriores. Outro aspecto pertinente reside no fato de que quando este item era preenchido, inúmeras vezes, constava apenas se o usuário era alfabetizado ou não alfabetizado,

especificando raras vezes o seu nível de escolaridade. Cabe assinalar que 19,6% dos pacientes internados/reinternados no Hosmac foram de pessoas não alfabetizadas, levando em conta a porcentagem dos registros preenchidos sobre escolaridade, que foi de 48%. Portanto, um número expressivo de pessoas nem sabiam assinar seus nomes.

Nesta direção, a concepção de saúde para Scliar (2007) defende que a saúde perpassa por diferentes campos como a conjuntura socioeconômica, política e cultural. Sendo assim, não há um conceito único e estático de saúde. Afinal, a saúde terá significado diferente para cada indivíduo e sempre terá reflexos da época, local, classe social, concepções individuais, entre outros fatores. Vale a reflexão sobre o nível de instrução educacional dos brasileiros, tendo em vista ser um campo que se constitui como um dos determinantes sociais de saúde. O IBGE (2019) na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua apresentou dados que demonstram a existência de 11 milhões de analfabetos no Brasil, pessoas com 15 anos ou mais tiveram a taxa de analfabetismo estimada em 6,6%. A Região Norte com taxa de analfabetismo de 7,6% fica atrás da Região Nordeste com taxa aproximada em 13,9%. Apenas 27,4%, das pessoas com 25 anos ou mais tinham completado o Ensino Médio e somente 17,4%, o Superior Completo.

Ludermir (2008) dar ênfase ao acesso à escola como reflexo das circunstâncias sociais e materiais do início da vida. Reitera que o nível de escolaridade é fundamental na qualificação das pessoas para ocuparem determinados lugares e se entrelaça nas condições socioeconômicas e de inserção na estrutura ocupacional. Conforme Urani (1995), o sistema educacional brasileiro aprofunda as desigualdades de renda no país, e o processo de evasão escolar está marcado pela necessidade de crianças e adolescentes se depararem com situações na qual carecem trabalhar para o autossustento e auxiliar na subsistência da família. Sobre as interfaces de classe social, gênero, escolaridade, Ludermir (2008, p. 461) acentua o quanto estas são questões que são desconsideradas, por vezes, nos serviços de saúde, “Observa-se, entretanto, que na perspectiva de classe e gênero, as necessidades sociais não são reconhecidas nos serviços de saúde, não se expressam nos diagnósticos formulados e a maioria dos profissionais não presta acolhimento adequado aos portadores de sofrimento mental.”

Starfield (2002), ao discorrer sobre a Atenção Primária de Saúde, traz à tona o aspecto que de fato afeta a saúde que denominou como condições de saúde. Neste sentido, recobra a concepção de determinantes de saúde e afirma os reflexos da economia, da educação, do trabalho, as oportunidades, entre outros aspectos, como condições para a compreensão do binômio saúde/doença. Por conseguinte, vale pensar sobre a relação do sofrimento psíquico e a condição de vulnerabilidade social no âmbito das condições sociais e de saúde, fatores que se

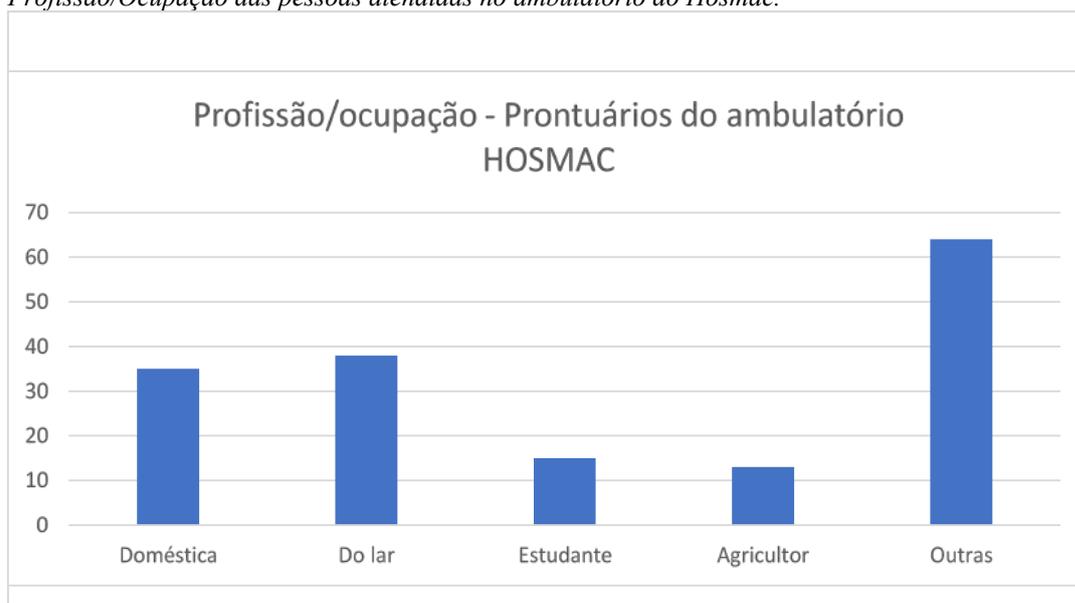
interligam no âmbito dos aspectos individuais, coletivos e contextuais, e pode desencadear impactos na saúde mental desta população (Tonin & Barbosa, 2018, p. 65). Os recortes de gênero, escolaridade e profissionalização são recortes sociais essenciais na compreensão da saúde mental de uma população. Iremos apresentar a seguir os dados obtidos sobre a profissionalização do público que foi atendido no ambulatório e internação do Hosmac.

5.1.4 A profissão/ocupação das pessoas atendidas no ambulatório e internadas/reinternadas No Hosmac

Esse item, apesar de constar nos prontuários do ambulatório e de internação do Hosmac, geralmente também estava sem preenchimento.

Figura 31

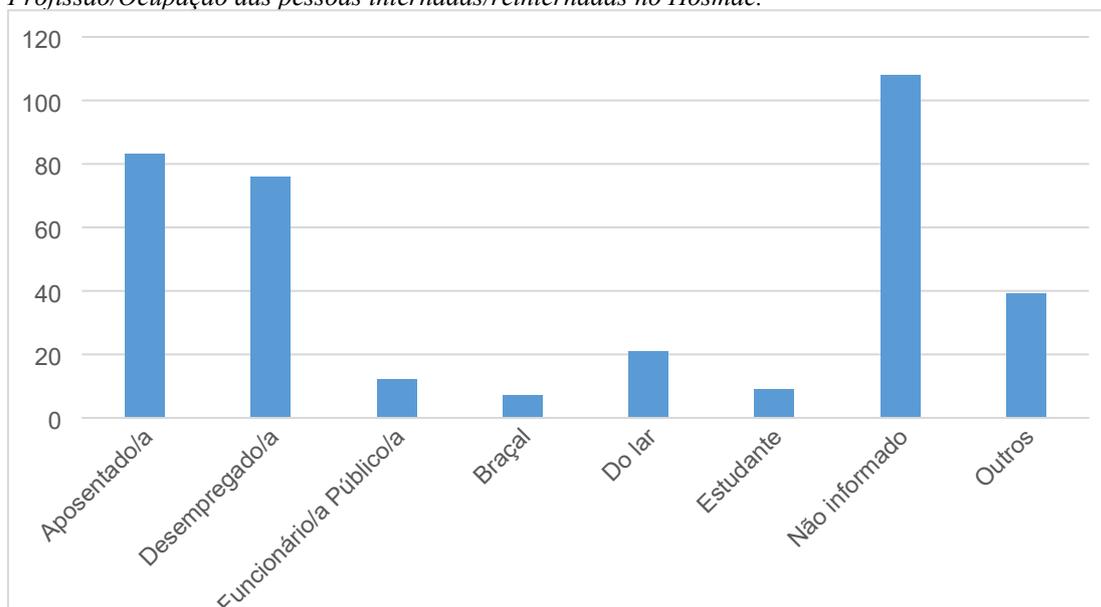
Profissão/Ocupação das pessoas atendidas no ambulatório do Hosmac.



Elaborada pela autora.

Figura 32

Profissão/Ocupação das pessoas internadas/reinternadas no Hosmac.



Elaborada pela autora.

Tanto nos prontuários do ambulatório quanto da internação, parte significativa não teve preenchimento deste item, profissão/ocupação. Cabe ainda aqui destacar que essa categoria está descrita no gráfico, conforme encontrada nos prontuários. Também é possível perceber que uma vez que no ambulatório havia mais mulheres sendo atendidas, há um registro significativo da profissão/ocupação doméstica e do lar, em que registrado doméstica referia-se a um trabalho remunerado e quando a referência era do lar correspondia ao exercício de atividades domésticas, mas sem remuneração. Temos também entre o público atendido no ambulatório, a menção aos agricultores, e isso vale frisar, considerando que este período de levantamento corresponde aos anos de 1980 ao ano 2000, o que nos leva a delinear que havia uma representatividade de usuários do Hosmac, residentes da zona rural de Rio Branco.

O gráfico referente à profissão/ocupação dos usuários da internação/reinternação do Hosmac tem um público expressivo de aposentados e conforme o registro de idade, as aposentadorias com frequência eram em função do adoecimento mental e não por idade, até porque a maior parte, como já foi possível observar nas figuras 27 e 28, o maior número dos atendimentos foram de jovens adultos, tanto no ambulatório quanto na internação/reinternação. Outro aspecto marcante é que nos prontuários de internação/reinternação aparece a categoria desempregado, embora não tenha surgido com tanta intensidade nos prontuários do ambulatório.

Dimenstein, Leite, Macedo e Dantas (2017) defendem que apesar de ter ocorrido melhorias nos indicadores sociais do Brasil nas últimas décadas, sobretudo quanto à vivência/existência nas zonas rurais, ainda é possível verificar que há um movimento migratório do campo para os espaços urbanos, tendo como justificativa a dificuldade de subsistência cujo grupo de pessoas possui um baixo nível de escolaridade, de escassa profissionalização, por vezes, destina-os o recebimento de proventos de programas sociais e de transferência de renda. Neste ínterim, é comum perceber a dificuldade de acesso dessas pessoas às políticas públicas de saúde e educação, justamente as mais vulneráveis e que sofrem os efeitos da falta de desenvolvimento social e das precárias condições e estruturas a que estão submetidas.

Conforme Delgado (1987), no Brasil, a partir de 1967, foi possível identificar que boa parte das pessoas que foram destinadas aos asilos estavam alheias do processo produtivo do país, ou seja, era um público constituído por trabalhadores rurais, que não conseguiam adaptar-se às condições das cidades; empregados e desempregados do setor de construção civil; desempregados trabalhando em subempregos; trabalhadores e filhos de trabalhadores do setor industrial. Eram as pessoas das camadas populares que lotavam os manicômios. Este retrato parece não ter sido muito modificado quando entramos em contato com os dados do Hosmac em Rio Branco, mesmo considerado a passagem do tempo e resguardando as devidas diferenças no que tange o contexto da organização social e produtiva da cidade de Rio Branco.

A Organização Mundial de Saúde (2009) destaca a relação entre situações de vulnerabilidade e problemas de saúde mental. Aponta que a relação de eventos da vida cotidiana e transtornos mentais tem sido um fator de peso para a compreensão dessas associações, tendo como consequência o sofrimento mental. Identifica que variáveis como baixa escolaridade, condições precárias de moradia, desemprego ou informalidade no mundo do trabalho impactam diretamente na saúde mental da população. Além do mais, os transtornos mentais causam significativo impacto na funcionalidade e capacidade produtiva, o que, por consequência, interfere no modo e na qualidade de vida das pessoas.

Para Buss e Pellegrini-Filho (2007), não há uma correlação rígida entre indicadores de riqueza de uma sociedade e indicadores de saúde, pois esta relação não acontece de forma linear, pois é necessário considerar as mediações existentes. É evidente que contextos de pobreza afetam de forma negativa a saúde dos usuários e que, portanto, as políticas públicas, ações e estratégias, não podem estar alheios aos aspectos socioeconômicos de uma sociedade. Todavia, não se pode correr o risco do reducionismo de fazer uma correlação direta entre indicadores sociais e indicadores epidemiológicos. São necessárias a apreensão e a compreensão da

realidade concreta que incide na saúde ou no adoecimento de uma coletividade. Nesta perspectiva, deve-se pensar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e outros índices, como os de saúde, para entender e monitorar as condições de vida, bem como necessidades e prioridades. Seguindo esta lógica, Barcellos (2008, p. 117) acrescenta:

Se a ideia principal do IDH e de outros índices sociais é permitir a comparação, pode-se observar que o Brasil é composto por áreas com condições extremas de desenvolvimento humano. De um lado, encontram-se bairros afluentes de cidades centrais do país. De outro, uma grande diversidade de grupos socioespaciais, entre eles os moradores de favelas, das periferias das grandes cidades, de ribeirinhos da Amazônia, de sertanejos etc. ... Os indicadores sociais têm sido construídos para a medição das condições de vida e a identificação de iniquidades. É sobre estas iniquidades, identificadas segundo padrões éticos e pressupostos teóricos, que a Saúde Coletiva comprometida com a melhoria das condições de vida e saúde deve atuar.

Considerados os indicadores sociais e as relações e os impactos com os indicadores de saúde estão totalmente imbricados com os territórios em que a vida acontece, por isso, é imprescindível conhecer esse território onde vivem essas pessoas e seu *modus vivendi*, atividades diárias, como ocorrem as relações com estes espaços. Tratar-se-ia, portanto, de compreensão do processo saúde-doença na lógica territorial, analisando de forma concreta como se dão os problemas e as necessidades neste determinado contexto. Sendo assim, atuar na perspectiva da reforma psiquiátrica, é mister abranger esses fatores que compõem a saúde mental e que devem servir de base para a atuação do profissional de saúde no âmbito da saúde mental.

Atuar na Rede de Atenção Psicossocial exige, dentre outros desafios, conhecer o território. Nessa perspectiva, as ações devem pautar-se em um trabalho de diagnóstico e planejamento situacional que considere as formas como a população se relaciona nos espaços onde vive e desenvolve suas atividades diárias. Daí a importância de desenvolver ações em conjunto com a comunidade, debater os problemas locais de saúde, o planejamento dos cuidados, além do monitoramento dos resultados para o fortalecimento das respostas às políticas de saúde (Dimenstein et al., 2017, p. 82).

Todavia, não podemos deixar de lembrar que os dados desta pesquisa, apresentados por meio dos gráficos, são provenientes de um manicômio e essas instituições não estão preocupadas em compreender o processo saúde/doença por esta ótica da atenção psicossocial e dos indicadores sociais e de saúde, mas, na verdade, estão alicerçados no paradigma da psiquiatria e, portanto, pela compreensão do sofrimento mental à luz de determinantes biológicos, fisiológicos e, às vezes, genéticos, engrossando as trincheiras do biologicismo e ainda da eugenia. Essas questões foram observadas nos prontuários tanto dos ambulatórios quanto dos de internação e reinternação, pois quando havia o preenchimento dos tópicos dos prontuários sobre antecedentes da história de vida e/ou da doença, o foco da descrição era em demonstrar se o usuário havia vivenciado algum tipo de adoecimento ou acidente anterior ao transtorno mental que pudesse tê-lo desencadeado. Ainda com mais frequência, a descrição da existência do transtorno mental como herança familiar, identificando quais familiares já teriam sido diagnosticados com algum tipo de desordem mental, portanto, reforçando a concepção de hereditariedade no que tange a gênese dos transtornos mentais. A adoção desta concepção pode influenciar numa naturalização das questões sociais que impactam em decisões ou situações que legitimam práticas de violação de direitos das pessoas consideradas loucas.

O discurso da eugenia e higienismo fundamentado na ordenação das ciências da natureza justifica superioridades ou inferioridades pelas diferenças naturais e, assim, Boarini (2003, p. 41) acrescenta “Ao se justificar a superioridade ou inferioridade de indivíduos, etnias, classes sociais pelas diferenças naturais, instituiu-se a rejeição ao diferente. A intolerância passa a ser a norma. E a desigualdade social, natural”. Sob tais contornos, a loucura estaria sob o ordenamento das ciências da natureza e, portanto, as condições materiais, a organização sociopolítica e as relações de produção não teriam nenhuma repercussão na saúde ou no sofrimento psíquico das pessoas. Estas concepções acompanham a história da psiquiatria desde o século XIX, tendo sido impulsionadas nas primeiras décadas do século XX e com reverberações neste século, obviamente, com algumas modificações ao considerarmos os períodos históricos. No entanto, ainda é possível encontrarmos os ideários eugenistas e higienistas vigorando por meio de condutas e práticas no âmbito da saúde mental.

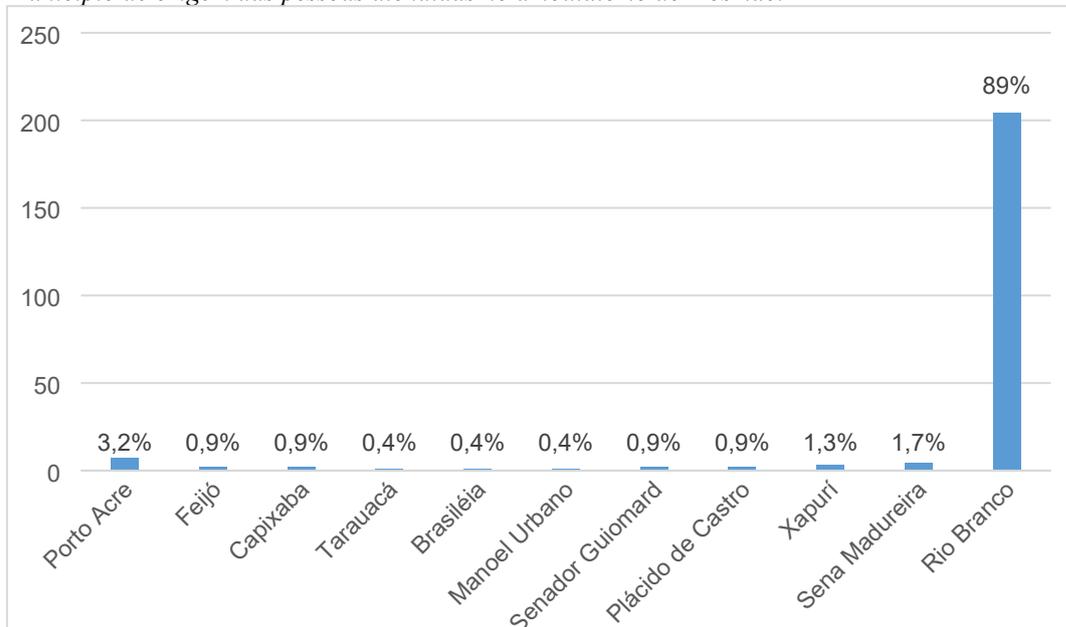
5.1.5 A origem (municípios e bairros) das pessoas atendidas no ambulatório e internadas/reinternadas no Hosmac

Nesta categoria foi importante verificar o que costumeiramente ouvíamos dos funcionários do Hosmac, quando adentramos o campo para a coleta de dados, visto que esta

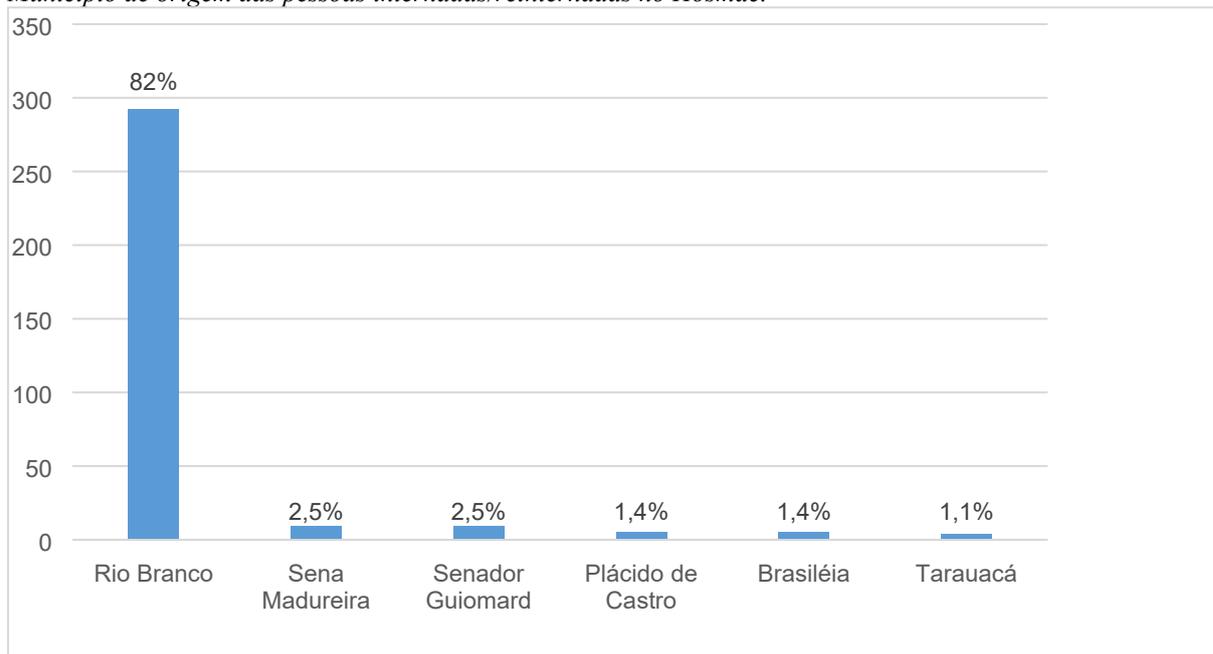
instituição era referência para outros estados como Rondônia e Amazonas e países como Bolívia a Peru. Não geramos gráficos dos estados e países, pois verificamos que a quantidade de usuários de outros lugares era irrisória comparado aos usuários do estado do Acre. Quanto aos usuários de outros países, não verificamos nenhum atendimento registrado nos prontuários analisados. A população atendida no Hosmac é prioritariamente da capital acreana e 89% das pessoas atendidas no ambulatório registraram como município de origem Rio Branco. Além disso, 82% das pessoas que foram internadas/reinternadas no Hosmac são de Rio Branco. Verifiquemos os gráficos a seguir:

Figura 33

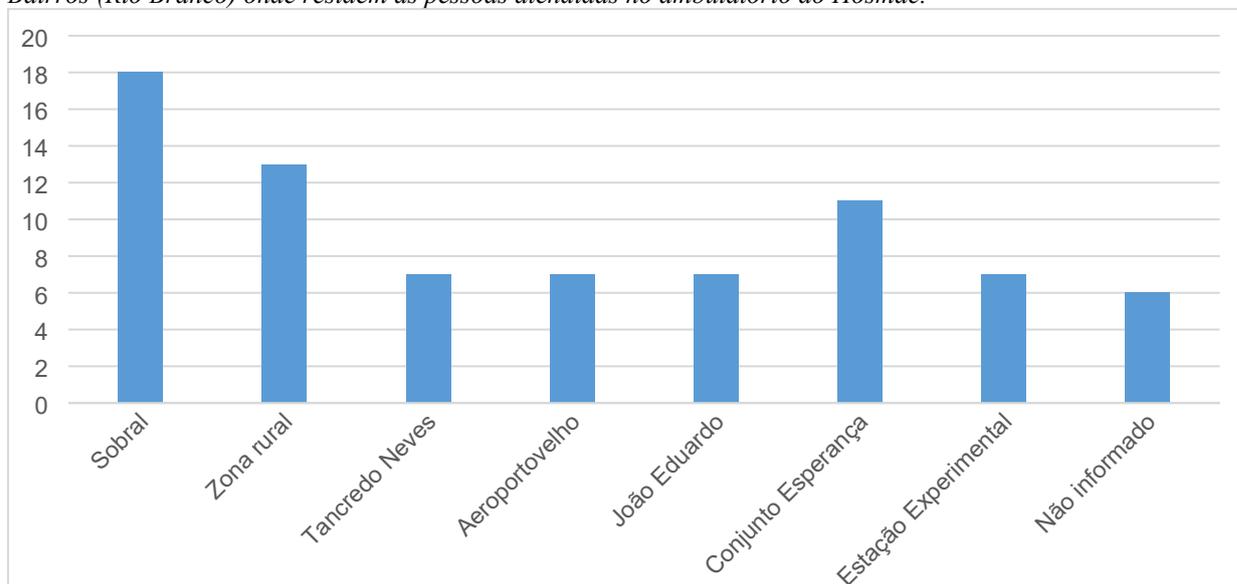
Município de origem das pessoas atendidas no ambulatório do Hosmac.



Elaborada pela autora.

Figura 34*Município de origem das pessoas internadas/reinternadas no Hosmac.*

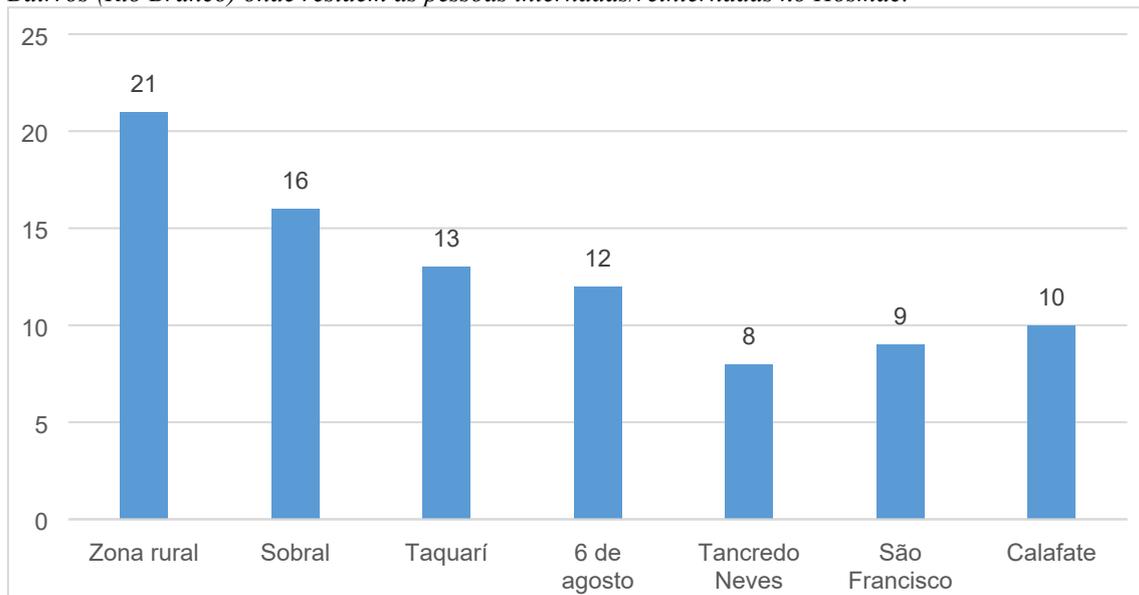
Elaborada pela autora.

Figura 35*Bairros (Rio Branco) onde residem as pessoas atendidas no ambulatório do Hosmac.*

Elaborada pela autora.

Figura 36

Bairros (Rio Branco) onde residem as pessoas internadas/reinternadas no Hosmac.



Elaborada pela autora.

Diante da verificação de que predominantemente a população atendida no Hosmac é de Rio Branco, identificamos os bairros de origem dessas pessoas, pensando o território como parte da compreensão do processo saúde/doença. Foi possível observar que, no atendimento ambulatorial, a maioria dos registros indicam serem residentes do bairro Sobral, em seguida os da zona rural de Rio Branco. Quanto às internações/reinternações, parte significativa de moradores da zona rural, seguidos dos residentes no bairro Sobral, por sua vez, seguidos dos bairros Taquari e 6 de Agosto.

Pretendemos, então, chamar a atenção para alguns fatores que podem contribuir para nossa compreensão sobre os bairros dos quais os usuários do Hosmac são provenientes. Ao verificarmos o bairro Sobral como um dos quais mais teríamos usuários de saúde mental, torna-se evidente que o fato do Hosmac estar localizado neste bairro pode interferir diretamente nesta constatação, considerando o acesso da população a este serviço. Trata-se de um dos bairros mais populosos da cidade de Rio Branco, bairro periférico, também tem sua região conhecida como Baixada do Sol e Baixada da Sobral, no qual congregam outros bairros da região, conta com uma extensa área comercial, como também possui em seu território uma UPA, instalada próxima do Hosmac.

Embora não possamos comprovar a relação da UPA da região da Sobral com o número elevado de atendimentos no Hosmac, é possível inferir que haja alguma relação do fluxo ocorrer da UPA para o Hosmac, como observado em alguns prontuários. Também temos que considerar que funciona um setor de emergência no Hosmac cuja entrada é direta, nos casos de pessoas

consideradas crônicas. Sobre os bairros Taquari e 6 de Agosto, localizados às margens do Rio Acre, possuem baixa infraestrutura e saneamento básico precário e se situam na faixa de risco de alagações durante o inverno amazônico. No bairro 6 de Agosto fica localizado um serviço que compõe a RAPS de Rio Branco, o Centro de Convivência Arte de Ser que funciona no Parque Capitão Ciríaco e uma URAP. Ambos os bairros contam em seus territórios com Unidade Básica de Saúde.

Outro aspecto observado foi o número significativo de pessoas internadas no Hosmac que relatou ser proveniente ou morador da zona rural da cidade de Rio Branco, não diferente de outras capitais brasileiras, talvez de forma mais tardia, também houve um processo de saída do homem do campo para a cidade, principalmente, com as mudanças socioeconômicas na capital acreana, que deixou de ser um seringal para entrar em um processo de urbanização. O Acre ao tornar-se estado da Federação Brasileira, recebeu pouca iniciativa do governo federal em fazê-lo conhecido perante as demais unidades federativas, inclusive, por sua dívida histórica com os “soldados da borracha” que, após o fim da Segunda Guerra Mundial, não tiveram nenhum tipo de auxílio para retornarem aos lugares de origem, a maioria nordestinos, que permaneceram nos seringais da região amazônica sofrendo suas agruras. Desse modo, nunca foram reconhecidos como combatentes e, portanto, sem aposentadorias equiparadas aos dos “pracinhas” da Segunda Guerra Mundial. Há uma história de descaso político, econômico e social com essa região. Além disso, a história, normalmente, mostra a Revolução Acreana como uma verdadeira epopeia, aspecto ordinariamente utilizado politicamente para fomentar um civismo e reafirmar a necessidade de heróis que lutam pelo povo acreano (Carneiro, 2014).

Buscando compreender o território dos usuários do Hosmac, devemos considerar a origem de parte desses usuários da zona rural de Rio Branco, um público que sofreu impactos com as mudanças ocorridas na capital acreana, ao longo de sua história. As transformações no contexto socioeconômico, no processo de urbanização e, conseqüentemente, as mudanças no contexto sociocultural. Além do mais, as regiões de zona rural no contexto amazônico sofrem com os poucos serviços de saúde em seus territórios, não obstante com a dificuldade de acesso a tais serviços, considerando inclusive os aspectos climáticos da região, como os períodos de intensas chuvas, que, muitas vezes, deixam essas comunidades isoladas devido à dificuldade da trafegabilidade pelas estradas ou aos períodos de estiagem que a seca dos rios também influenciam no meio pelo qual é possível ter acesso aos serviços de saúde.

De acordo com Amarante (2001) e Scarcelli (2011), conhecer sobre os processos da reforma psiquiátrica e do próprio lugar social da loucura em diferentes localidades, constitui-se como necessário, pois as experiências não são homogêneas em território nacional podem

carregar similaridades, mas os contrassensos e a pluralidades sobre tais processos são fundamentais para a compreensão e o planejamento das políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas. Embora essas organizações sociais façam parte de uma mesma estrutura social, a capitalista, portanto, permita-nos compreender as razões porque a história se repete, não podemos deixar de considerar que a concretização da reforma psiquiátrica brasileira se efetuiu de forma diferente em níveis locais. Sobre esta relação da cidade e o hospício, Scarcelli (2011, pp. 173-174) afirma:

Embora o hospício represente o lugar de horror, ele é fruto da organização da cidade e parte dessa mesma cidade. O hospício tem lugar no imaginário coletivo, é depositário das mazelas das quais se pensa estar livre quando não se está sob o seu domínio. E quando se está, pode representar a morte psíquica e a morte física, porém nem sempre o domínio se concretiza e as vozes destoantes são caladas – por exemplo, dentro do hospício, Bispo do Rosário reconstruiu o seu mundo. A dimensão oculta da cidade é levada para dentro do espaço manicomial e, portanto, apesar de todo o processo de submetimento, das tentativas de achatamento da realidade humana, a vida de algum modo continua pulsando em toda sua complexidade.

Gama, Campos e Ferrer (2014) nos alertam para a complexidade de compreender saúde/doença mental e suas interfaces com a vulnerabilidade social e asseguram que não podemos recorrer a lógica simplista que associa loucura e pobreza, pois isso reforçaria a marginalização, os preconceitos e os estigmas em relação à população menos favorecida. No entanto, instigam-nos a pensar por esta via como forma de problematizar essas interfaces e, assim, buscar estratégias e práticas em saúde mental mais condizentes com os territórios em que estão inseridas. De acordo com Saraceno (1996) e Amarante (2007), com a reforma psiquiátrica houve uma busca pela ruptura do paradigma psiquiátrico, o qual entende os transtornos mentais por uma lógica normatizadora e biologicista, e que a extinção de sintomas, um de seus principais objetivos, efetuar-se-ia por meio da utilização dos psicotrópicos.

Por outro lado, a desconstrução do discurso da lógica da psiquiatria, com ampliação do olhar sobre sofrimento psíquico, considerando diversos aspectos das condições materiais das pessoas e suas experiências, como integrante de seu sofrimento psíquico, revela duas lógicas que se contrapõem, mas que fazem parte do cotidiano dos serviços de saúde, contradições que precisam ser consideradas ao pensar o lugar social da loucura. Sobre esta concepção de compreender o adoecimento nesta direção de vulnerabilidade, Gama et al. (2014) enfatizam:

O conceito de vulnerabilidade apresenta características muito diferentes do conceito de risco. Ele procura identificar elementos relacionados ao processo de adoecimento em situações mais concretas e particulares, tendo interesse em compreender as relações e mediações que possibilitam estas situações, num movimento de síntese. A vulnerabilidade tem um caráter não probabilístico. Ela tem o objetivo de expressar o ‘potencial de adoecimento relacionados a todo e cada indivíduo que vive em um certo conjunto de condições’ (p. 76).

Neste diapasão, é necessário atentarmos para não correremos o risco de dar caráter patológico às questões sociais como aconteceu com a Psicoterapia Preventiva nos Estados Unidos, e, por sua estratégia de estabelecer foco no tratamento de doenças e obstinação pelo que nomeavam de prevenção das doenças mentais (Birman & Costa, 1994). Afinal as particularidades de determinado fenômeno sempre serão bem mais complexas do que os modelos teóricos e/ou científicos que lhes propõem explicá-los. Alves e Rodrigues (2010) salientam a importância de pensar a saúde mental e suas diversas interfaces:

O conhecimento dos determinantes sociais e econômicos da SM são extremamente importantes, na medida em que pode e deve ser integrado na formulação das Políticas de Saúde numa perspectiva de Saúde Pública. Desta forma, poderá contribuir para melhorar a SM das populações e assim, reduzir a carga global da doença (p. 131).

A vertente pela qual se busca entender os diferentes aspectos que repercutem na saúde mental ou no sofrimento psíquico de uma população, coletividade é essencial e está na base da reforma psiquiátrica brasileira, pois somente por esta via é possível pensar e construir políticas públicas condizentes com as necessidades de uma sociedade, considerando as potencialidades de um território e suas fragilidades. Isso significa dizer que a saúde mental é compreendida a partir de sua dimensão histórica e social. Deste modo, Dimenstein et al. (2017) nos chamam a atenção para ao pensarmos as políticas públicas de saúde mental e suas estratégias de cuidado, olharmos o cotidiano das pessoas, suas vivências comunitárias e as condições e contradições nas quais estão imersos. Reiterando ser fundamental que ocorra a participação popular no que tange às decisões, o planejamento e o controle social das políticas públicas.

5.1.6 Os tipos de internação e as reinternações no Hosmac e o tempo de acompanhamento/tratamento das pessoas atendidas no ambulatório e de internação/reinternação

Não poderíamos deixar de buscar conhecer a realidade no que tange as internações e reinternações no hospital psiquiátrico de Rio Branco. Foram 355 prontuários de internações analisados. Sobre esta fonte documental é preciso explicitar algumas questões, a primeira é de que somente foi possível verificar os tipos de internação, a partir do ano de 2003 ao ano de 2018, pois os prontuários referentes aos anos de 2001 e 2002, não constavam os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sobre o tipo de internação, portanto, a identificação quanto ao tipo de internação ficava a cargo do registro no prontuário, do profissional médico ou da equipe de enfermagem, o que nem sempre ocorria, tendo em vista que não havia um campo no prontuário para registrar essa informação. Diante da realidade dos atendimentos no Hosmac, um dos critérios também verificados nos prontuários foram tempo de acompanhamento e tratamento das pessoas atendidas no ambulatório do Hosmac; e o tempo, identificando quantos dias em média, os usuários ficam internados nesta instituição asilar, sendo internação ou reinternação.

Convém relatar que verificarmos o critério internação nos prontuários do ambulatório e percebemos a dificuldade em identificar de forma evidente se o usuário havia tido internações/reinternações. Por isso, decidimos não realizar este levantamento nos prontuários de ambulatório, uma vez que não havia local destinado para esse registro tornando a identificação difícil desse dado. Somente foi possível identificar este aspecto de reinternações nos prontuários de internação em razão do relato de admissão realizado pela equipe de enfermagem que recebia o usuário no ato da internação, os quais mencionavam em suas descrições se tratava-se de admissão pela primeira vez ou readmissão do paciente e, algumas vezes, quando estava preenchido na parte do prontuário “*Antecedentes Pessoais*”.

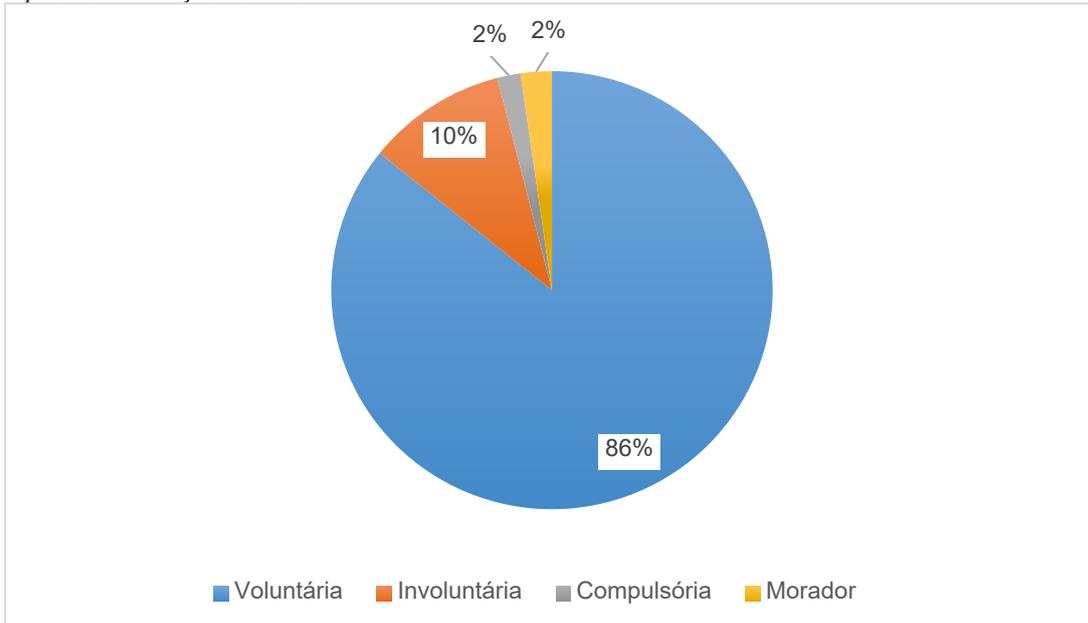
No que tange os intervalos de tempo de internação/reinternação, os quais foram verificados quanto ao número de dias que os pacientes permaneciam internados/reinternados no hospital psiquiátrico, conforme figura 40. Observamos que o intervalo de tempo (dias) que maior parte dos pacientes permaneceu internados/reinternados no Hosmac foi de um a trinta e um dias. Contudo, também encontramos pessoas internadas/reinternadas durante 91 a 121 dias, nestes casos, confirmamos que alguns eram moradores e institucionalizados do Hosmac e os demais eram referentes às internações compulsórias.

Quanto ao intervalo de tempo de tratamento/acompanhamento em ambulatório, buscamos pelo registro do primeiro atendimento e último atendimento, e, assim, geramos essa mensuração intervalar em anos, como poderão visualizar no gráfico (figura 39). Cabe assinalar que o maior intervalo de tempo encontrado, para parte expressiva dos usuários atendidos em ambulatório, ficou entre aproximadamente 18 e 28 anos de tratamento/acompanhamento no ambulatório do Hosmac, e os que estavam com menos tempo de tratamento, ficaram em torno de 13 a 18 anos. Como foi possível identificar usuários sendo acompanhados no ambulatório do Hosmac há 43 anos, praticamente, todo o tempo de existência deste hospital. Estes dados evidenciam um número expressivo de pessoas que têm a vida marcada pelo selo do hospital psiquiátrico, possivelmente, carregando todo o peso do preconceito, estigmas que estas instituições promovem e, por extensão, ampliando a cronicidade dos sintomas dessas pessoas, efeito bastante comum em situações de múltiplas internações em instituições asilares ou internações de longo prazo.

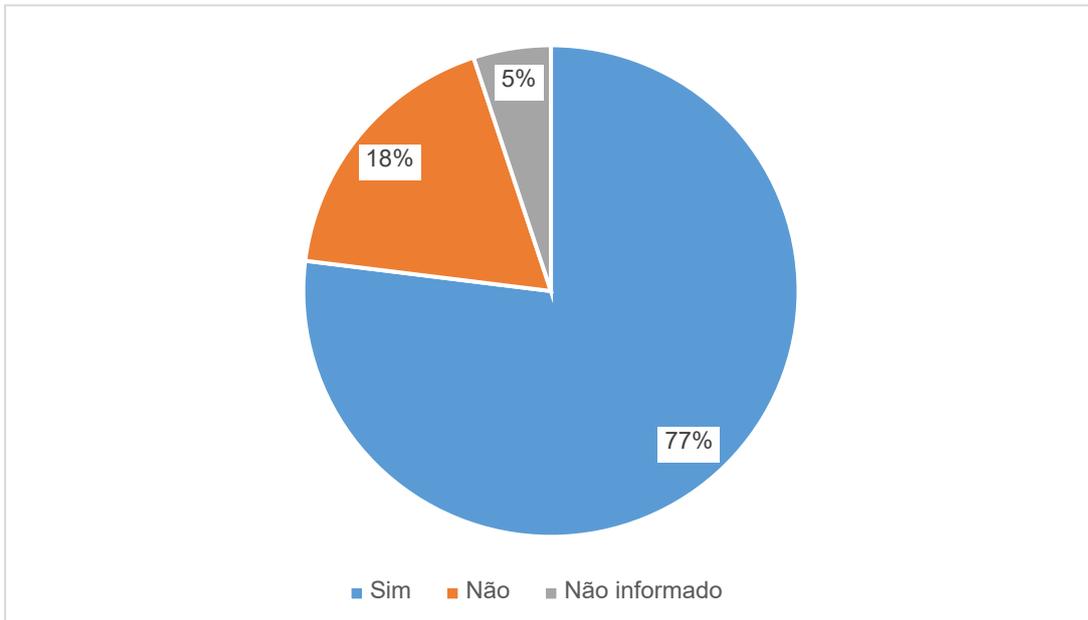
Queremos chamar a atenção para o fato de que 86% das internações terem sido registradas como voluntárias, embora tenhamos observado em um número elevado de prontuários que os pacientes internados neste hospital, ou eram conduzidos pelo SAMU e/ou pela PM. Em alguns casos eram acompanhados por familiares ou amigos, caracterizando mais as internações involuntárias do que voluntárias. Sobre este registro um tanto, a nosso ver, equivocadamente, já havia sido identificado pelo Ministério Público do Estado do Acre. Em relatório de Inspeção Nacional em Hospitais Psiquiátricos no ano de 2018, o MPE do Acre apresentou que havia confusão terminológica no que tange a diferença entre internações voluntárias e involuntárias. Neste sentido, o relatório⁷⁷ indica que diante desta confusão, a equipe do Hosmac registrava como internações voluntárias mesmo àquelas que eram autorizadas por familiares, à revelia da vontade do paciente.

Assim, o MPE do Acre alertou os profissionais sobre o equívoco nos registros e reafirmou que toda autorização que seja formalizada por terceiros caracteriza-se como internação involuntária e, portanto, deveriam realizar o proceder, conforme, a determinação do artigo 8º, parágrafo 1º, da Lei Federal nº 10.216/2001, a qual reza sobre a comunicação por parte do responsável do estabelecimento onde tenha ocorrido a internação ao Ministério Público Estadual no prazo de 72 horas da internação involuntária, bem como da alta hospitalar.

⁷⁷ Verificar o Relatório de Inspeção do Hosmac realizado pelo Ministério Público Estadual do Acre em dezembro de 2018 em https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2020/03/ac-rio-branco_hosmac.pdf

Figura 37*Tipos de Internação no Hosmac.*

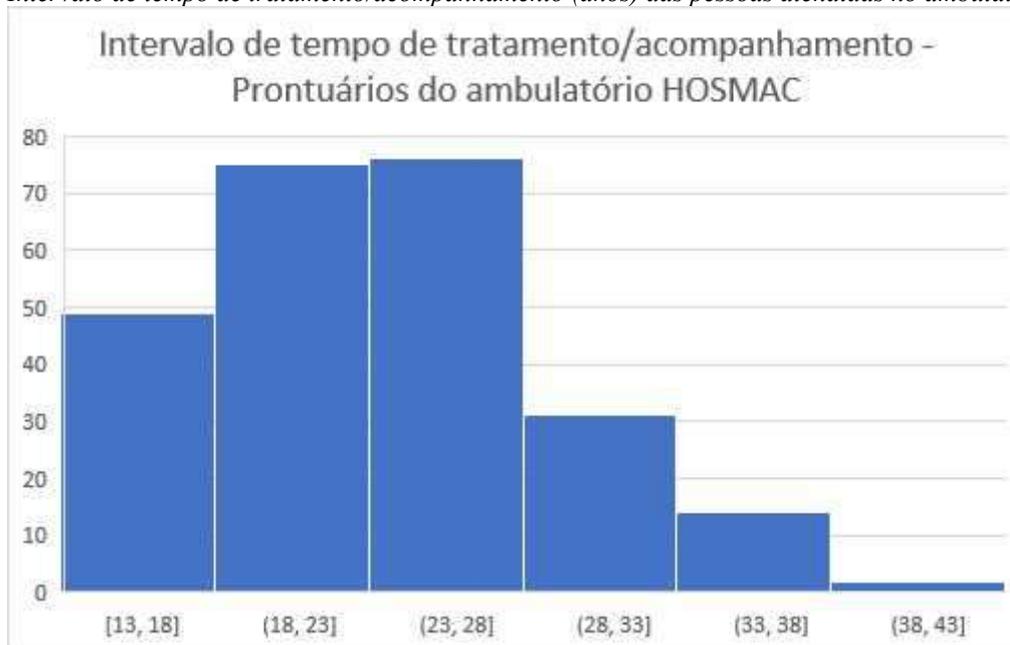
Elaborada pela autora.

Figura 38*As reinternações no Hosmac.*

Elaborada pela autora.

Figura 39

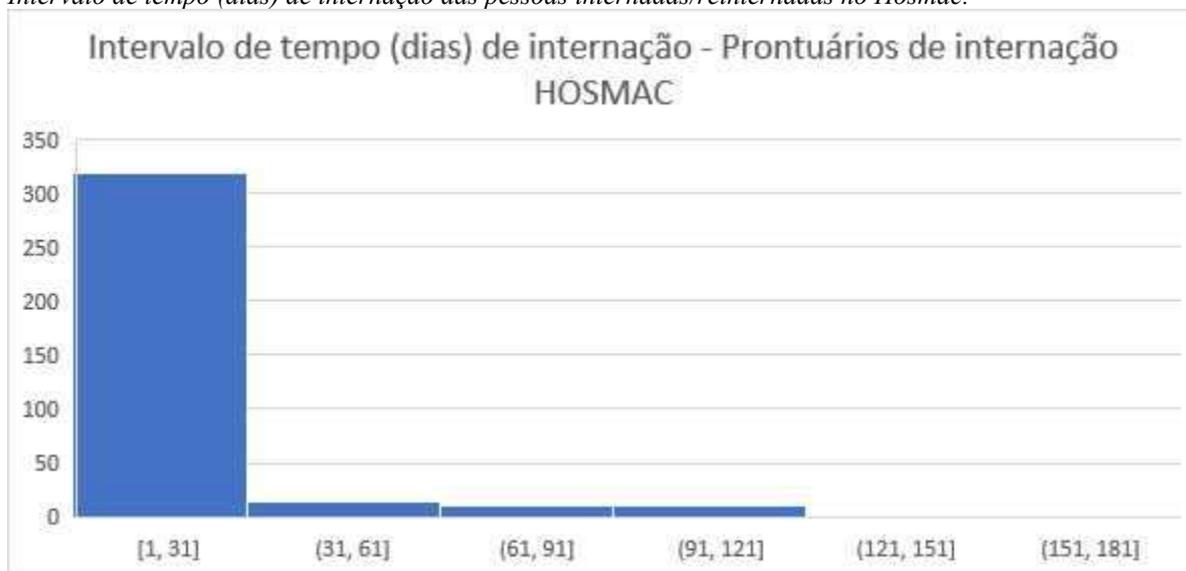
Intervalo de tempo de tratamento/acompanhamento (anos) das pessoas atendidas no ambulatório do Hosmac.



Elaborada pela autora.

Figura 40

Intervalo de tempo (dias) de internação das pessoas internadas/reinternadas no Hosmac.



Elaborada pela autora.

Diante de tal confusão sobre os registros das internações no Hosmac vale retomar a Lei Federal nº 10.216/2001 em seu artigo 6º e parágrafo único que versa sobre os tipos de internação psiquiátrica: “I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II –

internação involuntária – aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; III – internação compulsória aquela determinada pela Justiça.” (Brasil, 2001). Não podemos deixar de mencionar o artigo 4º da referida lei, que versa sobre a internação e deixa evidente que somente poderá ocorrer quando estiver esgotado todos os recursos extra-hospitalares. Apesar da forma nítida como está descrita a Lei nº 10.216/2001, a permanência de confusões ou equívocos parecem ser recorrentes nas instituições manicomial, erros passíveis de questionamentos, considerando a exatidão redacional da legislação. Conforme mencionado, no relato escrito de admissão com frequência elevada, as pessoas eram conduzidas ao hospital pela Polícia Militar ou pelo SAMU, alguns tinham acompanhamento de familiar. Essa configuração de chegada do usuário ao Hosmac já demarca um lugar que é possível questionar o elevado número de internações voluntárias, considerando que a maioria dessas pessoas foram conduzidas até o hospital ou por força policial ou pelo SAMU, denotando seu pouco poder de decidir sobre a própria internação.

Sobre o desenho que tem se percebido em Rio Branco no que tange as situações de crises, devemos apontar a condução de pessoas em crise pela Polícia Militar como uma situação frequente nesta localidade, fator que carrega importantes conotações, ou melhor, reforça um imaginário coletivo da loucura como perigosa e, por isso, como um “caso de polícia”. É necessário ainda questionar a pouca *expertise* de policiais militares no manejo em crise, o que acaba desencadeando numa série de problemas, como identificaram Silveira, Lofego, Rebouças, Messias e Oliveira (2009) numa pesquisa com pacientes do Hosmac:

Em todos os itinerários terapêuticos analisados existem episódios de crises, geralmente com agitação psicomotora e agressividade, o que mobiliza a família e a comunidade local. Esse é o momento que a família mais teme, pois geralmente acontecem reações violentas com parentes ou vizinhos. Nesse contexto, o recurso utilizado para o acesso à assistência é sempre a polícia, que atua na contenção do usuário junto com parentes ou vizinhos do sexo masculino, geralmente de forma violenta, resultando em ferimentos e risco para o usuário. A pesquisa observou esta situação no caso da usuária 5, que, numa situação de crise, a contenção violenta pode ter sido o motivo de sua morte (p. 122).

Esse estereótipo destinado e carregado pelo louco como perigoso e agressivo repercute e reforça a concepção de contenção e isolamento dessas pessoas e, com isso, há desdobramentos numa atuação pautada pela violência e em internações involuntárias, como também em risco de morte como destacaram os autores. No Relatório de Inspeção do Ministério Público do Estado

do Acre no Hosmac em 2018, durante a inspeção, a equipe presenciou a chegada de uma adolescente de 17 anos conduzida pelo SAMU, em surto, tendo sido contida mecanicamente de maneira errônea por uma técnica de enfermagem e sem nenhuma prescrição médica. Estratégias de tratamento e assistência que podem ter desdobramentos desastrosos culminando em práticas de violência.

No que tange o alto índice de reinternação, no hospital psiquiátrico de Rio Branco, não nos causa espanto diante da ineficácia e iatrogenia que causam as internações em serviços desta natureza e corrobora o que a literatura científica divulga. Neste viés, Basaglia (1985) assegura que a dinâmica causada pela internação que coloca o sujeito à mercê de outros é gerador de intensa angústia e desencadeia um maior nível de regressão relacionado ao adoecimento, agravando o quadro caso comparado com a definição inicial da doença. Pautada pelas discussões de Basaglia (1985), Boarini (2011) afirma que as décadas de utilização destas técnicas de isolamento, reclusão têm maior propensão a agudizar o sofrimento do que proporcionar recuperação.

Sob essa premissa, temos Leonardis et al., (2019), ao defenderem o processo de desinstitucionalização, afirmam que este processo seria uma forma de prevenir que as pessoas fossem rotuladas, tornadas pacientes crônicos e que tivessem suas vidas sequestradas ou fossem esvaziadas de suas identidades. A desinstitucionalização no caso do hospital psiquiátrico seria uma forma de proteger a população de suas mazelas e de suas estratégias adoecedoras e repulsivas. Sobre este processo de desinstitucionalização, Boarini (2011, p. 131) acrescenta:

Nesses termos, a desinstitucionalização da atenção à saúde mental se traduz pelo abandono do paradigma que valoriza o “ajustamento social” e a norma e faz da razão seu único apoio. É o rompimento com o paradigma que entende o transtorno mental como sinônimo de incapacidade e periculosidade, e por esta razão justifica, adota e advoga medidas de tutela e exclusão. É a ruptura com um paradigma que não reconhece as singularidades e, neste sentido, não tolera autonomia e, assim sendo, estigmatiza e exclui posições diferentes.

Amarante (1996) nos convoca a refletir sobre os riscos existentes quanto o não conhecer o caráter da desinstitucionalização e nos lembra de que este não é um processo de reorganização da instituição psiquiátrica, portanto, a crítica não se refere apenas à assistência hospitalar, mas ao paradigma psiquiátrico tradicional. Caso contrário, corresponderia a afirmar que, com algumas mudanças, o hospital psiquiátrico é importante na assistência das pessoas em

sofrimento psíquico. Portanto, bastaria alguns retoques e o manicômio estaria apto para suas atividades assistenciais. Outra tendência é considerar a desinstitucionalização como mera “desospitalização” e, desse modo, culminar na falta de assistência e cuidado das pessoas com transtornos mentais, abandonando-os desassistidos. Discursos bastante utilizados por aqueles que se contrapõem à reforma psiquiátrica e defendem a existência e permanência dos manicômios. Não podemos correr o risco de propagar compreensões errôneas sobre esta pedra angular da reforma psiquiátrica.

O autor reitera que a desinstitucionalização acontece no bojo da desconstrução do paradigma psiquiátrico, questionando as relações causa e efeito no que tange as doenças mentais, e o saber instituído pela psiquiatria tradicional, há então uma desinstitucionalização da própria psiquiatria e de seus fundamentos, desterritorializando os saberes e as práticas. Como bem aponta Amarante (1999), os saberes científicos não são neutros, marcam o posicionamento de determinados grupos e estabelecem aportes teóricos e intervenções em realidades, que, de certa forma, constroem outras linhas epistemológicas, principalmente, quando se configuram como hegemônicas na academia. As ciências naturais ocupam este lugar há séculos. Esta concepção científica que está alicerçada com primazia no positivismo institui uma relação de objetivação entre os sujeitos de saber e fenômenos estudados. Neste constructo científico, a pessoa ou o objeto/fenômeno de investigação é colocado como coadjuvante.

Voltando para nosso lócus de pesquisa, é evidente que os dados revelam um alto índice de internação neste manicômio da capital acreana. Embora tenhamos observado que os dias de internação não tenham se prolongado, para parte considerável dos usuários, portanto, evitando a longa permanência, apresenta-se um dos desafios da reforma psiquiátrica que é a reinternação psiquiátrica. Silveira et al. (2009) reiteram que a reestruturação do modelo de assistência no Brasil tem acontecido de diferentes formas no país e, desta forma, é fundamental que se leve em conta as características regionais de cada estado e das políticas neoliberais que contribuem diretamente nas perdas de direitos e é possível perceber o fomento e o afeiçoamento por princípios embasados numa visão segregacionista e higienista da sociedade. Neste contexto, o modelo manicomial é fomentado e financiado, centrando ações e investimentos nos hospitais psiquiátricos e outras instituições de caráter asilar. Sobre a implantação da política antimanicomial, Silveira et al., (2009, p.101) reiteram a necessidade de planejamento e organização:

Os dispositivos substitutivos constituem uma rede de serviços que se origina da política antimanicomial, e visam a contribuir para a diminuição da exclusão das pessoas com

sofrimento mental e das más condições de atendimento aos usuários. A implantação desses dispositivos exige organização política e social.

Embora sejam visíveis as conquistas e melhorias no que tange a assistência às pessoas em sofrimento psíquico, ainda há um circuito de internações e reinternações desses usuários. Sobre esse circuito, Machado e Santos (2013) sublinham que a institucionalização dos pacientes tem ocorrido por meio das repetidas internações, que são relativamente breves, mas que ocorrem com maior frequência. Apontam que, após as regulamentações por meio da principal lei de saúde mental no Brasil (10.2016/2001) e portarias que se ocuparam em estabelecer orientações e garantias, houve uma redução do tempo de internação, embora tenha se observado um aumento das reinternações. Esses estudos corroboram os dados do Hosmac, onde foi possível verificar que houve menor tempo de internação para maioria dos pacientes, contudo houve um número expressivo de reinternações. Sobre estas reinternações, Salles e Barros (2007, p. 74) frisam:

Apesar da legislação em saúde mental indicar a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos e priorizar o tratamento extra-hospitalar, na comunidade, considerando o doente mental como um cidadão, não é isso que se observa na prática. O grande número de reinternações em hospitais psiquiátricos vai de encontro com os pressupostos da reforma psiquiátrica. Por isso, emerge a questão sobre o que acontece com o doente mental após uma internação.

As autoras revelam que na investigação que buscou identificar o cotidiano de pessoas com transtornos mentais, que sofrem reinternações psiquiátricas, em entrevistas com familiares e usuários da rede de saúde mental e de instituições asilares, identificaram um discurso manicomial e as reinternações como sinônimo de tratamento. Nesta lógica, as concepções que circundam a loucura são construídas historicamente, ao surgir novos modelos de cuidados em saúde mental, ainda percebe-se que o modelo manicomial persiste. O surgimento de novas perspectivas de cuidado não apaga um longo passado no qual a psiquiatria colocou sob a internação, suas apostas. Salles e Barros (2007) ainda verificaram que os pacientes que tiveram atendimentos nos serviços substitutivos conseguiram romper com as frequentes reinternações e aqueles que não conheciam os serviços substitutivos ou não haviam sido encaminhados para estes, permaneceram em ciclos de reinternações.

De acordo com a literatura este fenômeno das constantes reinternações em hospitais psiquiátricos são denominados de *revolving door*⁷⁸, uma expressão inglesa a qual tem como tradução, porta giratória. Rotelli et al. (2019) acentuam que o efeito da porta giratória, ocorre no bojo da “desospitalização” e à medida que houve a implantação de novos modelos de cuidado e mudanças nas legislações, repercutindo numa forma de diminuir o tempo das internações nos hospitais psiquiátricos, surge o aumento no número de reinternações. À medida que não dispomos de uma rede substitutiva fortalecida e organizada, as instituições asilares se retroalimentam das reinternações.

Seguindo esta lógica, Muniz, Nogueira e Guljor (2014) discorrem sobre o *revolving door* (RD) como uma das consequências ou fenômeno que surge com base na coexistência de modelos de assistência às pessoas em sofrimento psíquico. Assim, temos um modelo baseado no paradigma psicossocial, embasando a lógica de cuidado em liberdade e territorializada, tendo como suporte para este cuidado os serviços substitutivos. Por outro lado, o paradigma asilar está assentado sob o saber da psiquiatria tradicional, na qual a internação continua sendo sua principal estratégia de tratamento. “O fenômeno RD é um dos efeitos dessa coexistência e aponta a resistência de uma clientela, que por algum motivo, ainda responde ao modo de funcionamento do paradigma asilar” (Muniz et al., 2014, p.32).

De acordo com Gastal, Andreoli, Quintana, Gameiro, Leite e McGrath, (2000), as variáveis com maior poder de predição no fenômeno *revolving door*, em um estudo realizado num hospital psiquiátrico do Rio Grande do Sul, foram o tempo entre a primeira e segunda internação, tempo de permanência na primeira internação e o diagnóstico de esquizofrenia. Reiteram ser possível considerar que a gravidade da doença esteja relacionada com o número de internações. Por vezes, com internações com intervalos mais curtos, entre uma internação e outra. Enfatiza que outros fatores associados a tal fenômeno são: “comportamentos violentos, criminalidade, abuso de álcool, drogas, dependência química, não adesão ao tratamento e falta de apoio social” (Gastal et al., 2000, p. 281).

Amarante (2009) também nos faz refletir que fenômenos como o da porta giratória nos hospitais psiquiátricos estão relacionados com o lugar social da loucura designado historicamente e no contexto local, diretamente interligados ao imaginário social. Os rastros deixados pela herança hospitalocêntrica impactam não apenas nos profissionais e os serviços de saúde, mas estão arraigados na sociedade de forma geral. Essas concepções equivocadas relacionadas à loucura reverberam de forma a dificultar a adesão do novo paradigma da lógica

⁷⁸ Rotelli et al. (2019); Botega & Dalgalarondo (1993); Ramos, Guimarães & Enders (2011).

de cuidado pela atenção psicossocial e, por conseguinte, das novas estratégias de assistência para estes usuários. Há ainda o substrato das ciências naturais e exatas que pairam neste imaginário coletivo, concentrado na perspectiva de cura e não das bases da reforma psiquiátrica brasileira e da sua propagação sobre a potência do processo de desinstitucionalização como fator promotor de autonomia daqueles que estão em sofrimento psíquico.

Sobre esse fenômeno, *revolving door*, Ramos, Guimarães e Enders (2011) sugerem que para compreensão destas constantes reinternações é relevante considerar o contexto no qual estão as políticas públicas de saúde mental e como ocorre a oferta e o acesso aos serviços da rede substitutiva, inclusive, se estes estão solidificados pelos princípios do SUS e da reforma psiquiátrica brasileira. Consideram que as reinternações repetidas vezes causam mais comprometimentos nos laços sociais e familiares destes usuários, desencadeando a ampliação de casos crônicos e do sofrimento psíquico. Denota, ainda, que as (re)internações psiquiátricas, historicamente, possuem pouca capacidade de resolubilidade e alto potencial iatrogênico.

Cientes da interdependência entre a efetivação dos dispositivos da reforma psiquiátrica, o êxito da desinstitucionalização, a conquista da redução de internações psiquiátricas e a resolubilidade da articulação da rede de atenção à saúde mental, pressupomos que há relação direta entre o fenômeno de reinternações psiquiátricas (*revolving door* ou porta giratória) e a desarticulação ou pouca articulação da rede de atenção à saúde mental (Ramos et al., 2011, p. 522).

Nesta perspectiva, Ramos et al., (2011) identificam quatro dimensões como substanciais para compreensão do *revolving door* ou porta giratória, a porta giratória da psiquiatria como serviço imediato, a desarticulação da rede dos serviços substitutivos e de uma rede intersetorial, o lugar social da loucura e do louco no imaginário coletivo da população e a crença no paradigma da psiquiatria clássica, em seus saberes e práticas. Dessa forma, Muniz et al. (2014, p. 34) afirmam que “Reformar a questão da loucura não se trata somente de criar novas instituições ou espaços de tratamento diferente do modelo asilar. Trata-se de colocar em questão os paradigmas que orientam os modos de cuidado voltados para os indivíduos que sofrem.”

Considerando que o fenômeno *revolving door* nos conclama a refletir sobre esses dois paradigmas que coexistem no âmbito da saúde mental, buscamos em Costa-Rosa (2000) as explicações e diferenciações do modelo asilar e modelo psicossocial. Conforme o autor, o modelo asilar está voltado para compreensão da doença na ótica das condições orgânicas do indivíduo. O foco do tratamento é, sobretudo, internação e psicotrópicos, demonstrando pouca

preocupação com os laços familiares e sociais desta pessoa. As relações no interior dessas instituições asilares são marcadas pela verticalização das decisões e dos saberes, as terapêuticas são repetitivas e pouco entrelaçadas com o contexto material das pessoas internadas naquele local. Retira do usuário sua autonomia e as relações são mediadas de forma estratificada. Tais instituições seriam os depósitos dos indesejáveis, aos olhos da sociedade.

Sobre a lógica de cuidado no modelo psicossocial utiliza-se da máxima basagliana, colocar a doença entre parênteses e, assim, trazer a pessoa em sofrimento psíquico para o protagonismo de seu processo, restituindo sua autonomia e capacidade decisória. A aposta neste modelo de atenção à saúde mental ocupa-se do contexto e da materialidade em torno da vida dessas pessoas como fatores políticos, econômicos, socioculturais, como entrelaçados na saúde ou na doença mental. A busca não é, apenas, por remissão de sintomas, mas é, sobretudo, pelo resgate da capacidade da contratualidade social no cotidiano dessas pessoas, a possibilidade do exercício de seus direitos e de sua participação em todo este processo que envolvem estratégias de cuidado, e o controle social das políticas públicas de saúde mental. Enfim, encontrar vias para administração da própria vida, embora haja limitações (Costa-Rosa, 2000).

É evidente que, às vezes, em situações de crise, as pessoas com transtornos mentais terão de utilizar a internação como estratégia de cuidado pontual, contudo, como já apresentamos neste trabalho, partimos sempre dos pressupostos da reforma psiquiátrica sob a ótica de que essas pessoas precisam ter seus direitos assegurados, como os leitos de saúde mental nos hospitais gerais, dispositivos como CAPS III, entre outros serviços de uma rede comprometida com os princípios da reforma psiquiátrica, como descreve a Portaria 3.088/2011 (Brasil, 2011). Apenas a existência de serviços substitutivos não garante o cuidado, principalmente, quando estes se encontram fragilizados e/ou fragmentados pela falta de investimento e infraestrutura, bem como pela falta de conhecimento e defesa do corolário da reforma psiquiátrica e do SUS. A partir de estudos já realizados sobre o fenômeno *revolving door*, os dados de reinternações no Hosmac revelam que este apresenta as variáveis com maior predição para a ocorrência da porta giratória, coadunando com o descrito na literatura.

5.1.7 As categorias diagnósticas das pessoas atendidas no ambulatório e na internação/reinternação do Hosmac

Nesta categoria de análise, buscamos identificar quais as hipóteses diagnósticas registradas nos prontuários, embora tenha sido uma tarefa árdua, tendo em vista que este não era um item presente na estrutura do prontuário, portanto, era imprescindível procurar, nas

anotações dos profissionais médicos, o registro que, às vezes, constava apenas com o número de codificação da doença, com base na décima versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Além disso, os registros referentes às hipóteses diagnósticas eram diversos, considerando o intervalo de tempo de tratamento e acompanhamento que foi no mínimo de 13 anos, conforme nos mostrou a figura 14. Neste sentido, surgiam nos prontuários, múltiplas hipóteses diagnósticas, ao longo dos anos de acompanhamento em ambulatório e/ou internação. Considerando estas limitações que o campo (prontuários de ambulatório) nos impunha, decidimos por considerar para fins de levantamento de nossos dados, a primeira hipótese diagnóstica registrada em prontuário. Sobre esse mesmo processo nos prontuários de internação, não houve dificuldade, pois nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), necessariamente deveria ter o registro da hipótese diagnóstica. Desta maneira nosso registro partiu do que estava informado na AIH.

À medida que buscávamos identificar nos prontuários do ambulatório as hipóteses diagnósticas, percebemos as frequentes mudanças nas prescrições de psicotrópicos. Atentamos também para as diversas vezes que o único registro da consulta havia sido para renovação de receitas médicas e dispensa das medicações, além de não ser incomum que familiares e amigos fossem buscar as receitas e medicações, e não o próprio usuário. Cabe aqui uma ressalva sobre os dados, que não são comparativos, pois se trata de diferentes setores do Hosmac, ambulatório e de internação. Contudo, é possível realizarmos leituras significativas dos dados, que nos auxiliaram na compreensão do retrato da loucura na capital acreana.

Convém acentuar algumas mudanças nos diagnósticos, conforme as diferentes fases temporais, embora os prontuários sejam de locais diferentes do hospital, setor de ambulatório e o de internação. Nos prontuários do ambulatório, os quais devemos sublinhar, correspondem ao espaço temporal, de 1980 a 2000, verificamos que apenas 1% da população atendida neste ambulatório tinham o diagnóstico relacionado a transtornos mentais e/ou comportamentais referentes ao uso e/ou à abstinência de álcool e outras drogas, como pode ser observado na figura 41. Ao passo que os prontuários de internação/reinternação, os quais corresponderam ao recorte temporal de 2001 a 2018, evidenciam que 13% destas internações e reinternações foram devido a transtornos mentais e/ou comportamentais referentes ao uso e/ou à abstinência de álcool e outras drogas (figura 42).

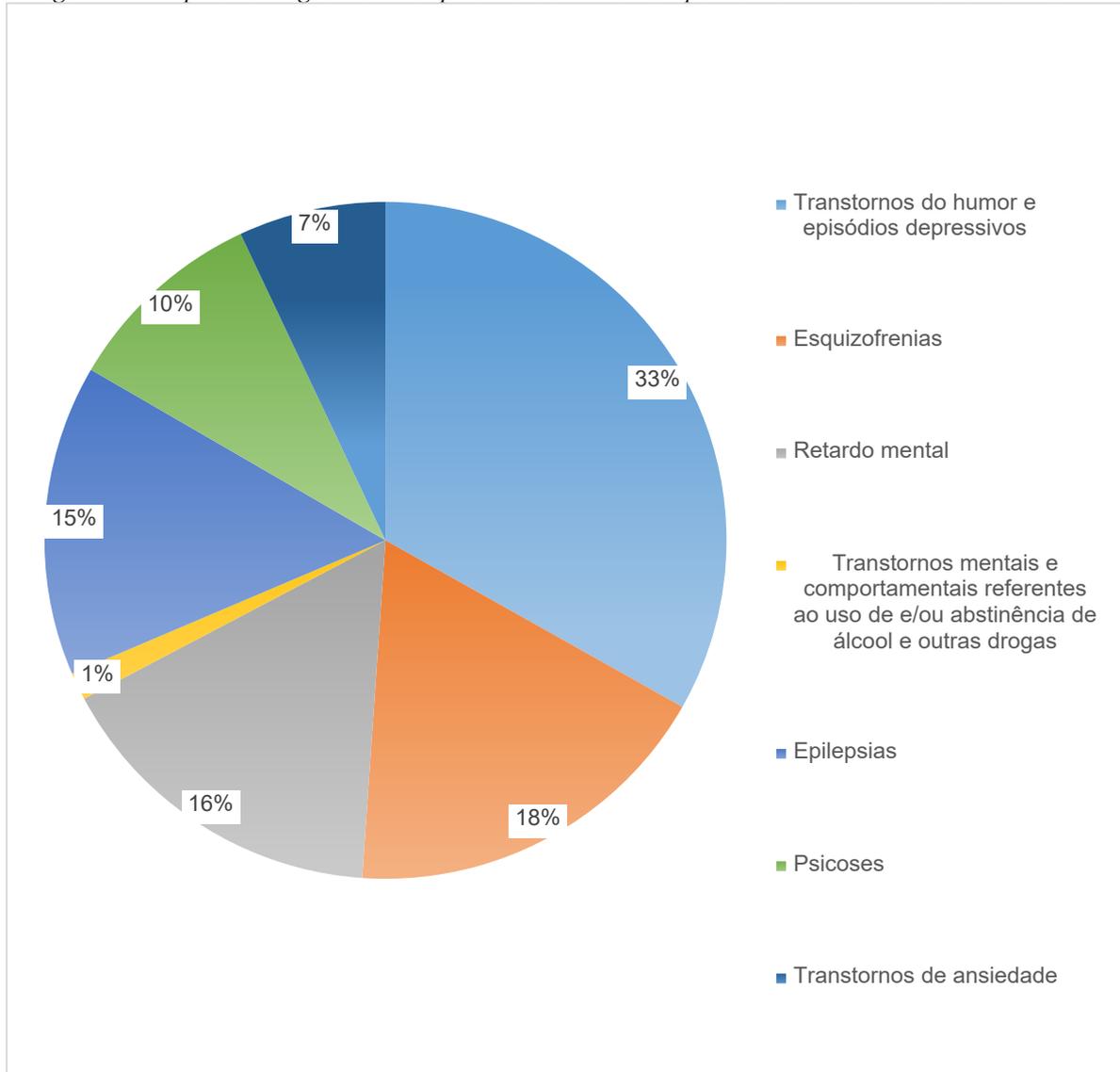
Devemos ressaltar que este número pode ser ainda maior, pois na análise dos prontuários, era comum que o paciente tivesse mais de um diagnóstico e, por vezes, na AIH era registrado o que não estava relacionado com o uso abusivo de álcool e outras drogas, porém, fica explícita, nas anotações nos prontuários, a relação do paciente com o uso abusivo de

substâncias psicoativas. Outra mudança considerável no que concerne às hipóteses diagnósticas foi sobre o retardo mental, nos dados do ambulatório, esta categoria diagnóstica surgiu como a terceira mais diagnosticada, em 16% dos usuários atendidos, apenas inferior aos transtornos de humor e episódios depressivos com 33% e as esquizofrenias com 18%, como se evidencia na figura 41. À medida que, nos prontuários de internação, a categoria retardo mental apareceu em 5% dos casos, verificando desta maneira uma mudança significativa, conforme as lacunas temporais.

Quanto às hipóteses diagnósticas de maior incidência, tanto no ambulatório quanto no setor de internação, estão os transtornos de humor e episódios depressivos, bem como as esquizofrenias, corroborando os estudos mencionados na discussão já realizada sobre os dados das figuras 25 e 26, quando apontamos as internações e os acompanhamentos ambulatoriais no que tange o gênero dos usuários e as hipóteses diagnósticas, conforme as diferenças e singularidades dos gêneros feminino e masculino.

Figura 41

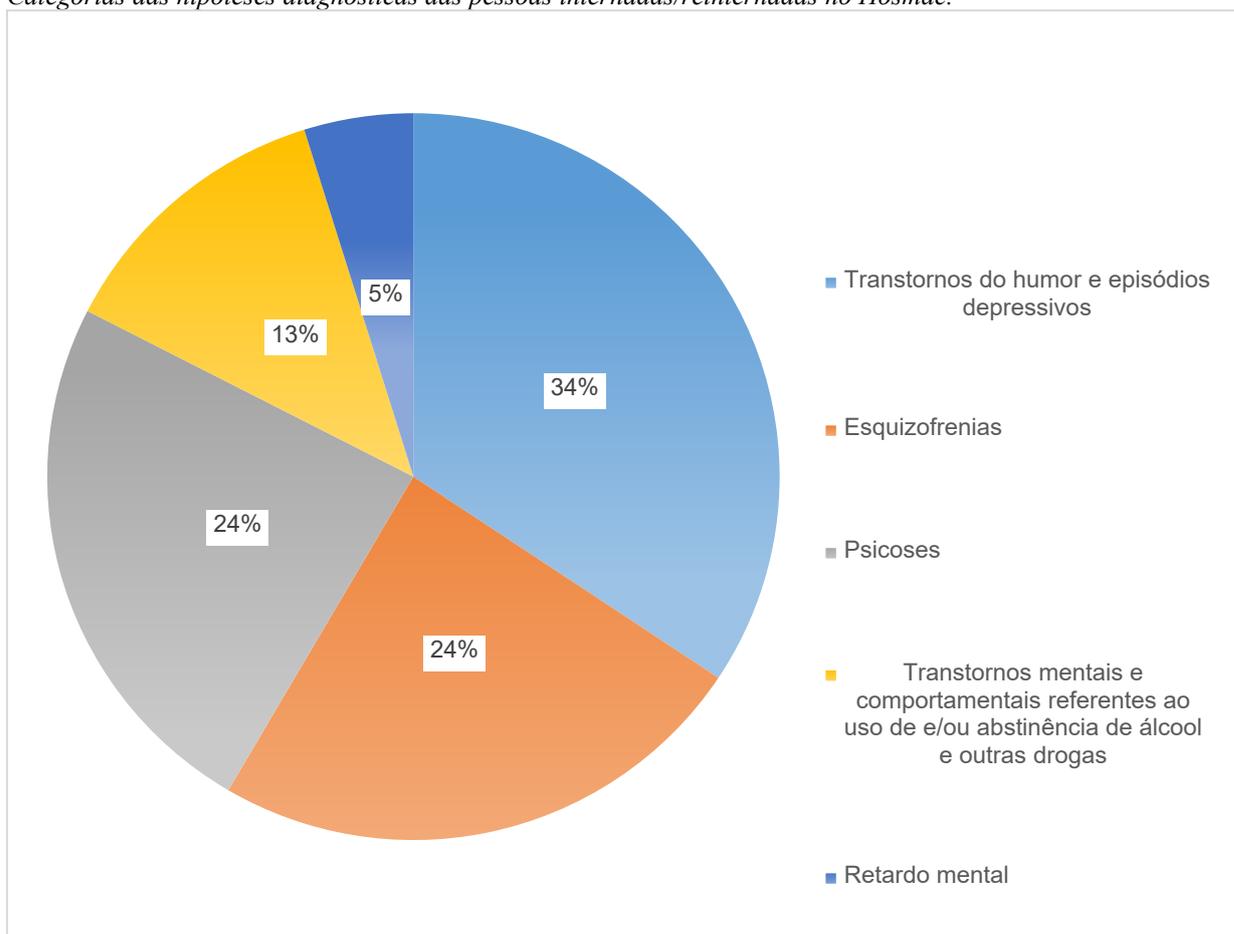
Categorias das hipóteses diagnósticas das pessoas atendidas/acompanhadas no ambulatório do Hosmac.



Elaborada pela autora.

Figura 42

Categorias das hipóteses diagnósticas das pessoas internadas/reinternadas no Hosmac.



Elaborada pela autora.

Nesta categoria de análise nosso intento não é discutir as categorias diagnósticas ou particularidades dessas categorias e do uso de psicofármacos, até mesmo porque isso estaria distante de nossa capacidade técnico-científica, mas compreendê-las como surgem e a que serve ou a quem servem, no bojo da história do desenvolvimento da psiquiatria. Freitas e Amarante (2017) recobram o papel de Emil Kraepelin como o principal nome da psiquiatria moderna, tendo como feito a construção das categorias diagnósticas. Sobre esta classificação tendo como mote a sintomatologia, os autores questionam os manuais⁷⁹ de diagnósticos e o trabalho de Kraepelin e outros psiquiatras, no que diz respeito ao ato de diagnosticar quando se trata de sofrimento psíquico.

⁷⁹ Classificação Internacional de Doenças – CID e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)

Desde Kraepelin a Bleuler, o que as evidências mostram é que os chamados sintomas esquizofrênicos são frequentemente encontrados em muitos outros transtornos. Os sintomas da esquizofrenia também aparecem na categoria de diagnóstico transtorno bipolar. Ou, ainda, nos transtornos chamados de identidade dissociativa. Essa comorbidade, tecnicamente assim denominada, pode ser igualmente encontrada na depressão, no transtorno obsessivo-compulsivo, no transtorno do pânico, nos transtornos de personalidade, no abuso de substâncias, no transtorno de estresse pós-traumático e nos transtornos de ansiedade. Tudo isso demonstra que a validade da classificação de sintomas em categorias – como esquizofrenia – é, no mínimo, questionável (Freitas & Amarante, 2017, p. 53).

Observamos nos prontuários a miscelânea de diagnósticos, culminavam também numa maior medicalização dos pacientes, possivelmente, também contribuindo para tornarem os casos crônicos, que, muitas vezes, em nossa leitura, parecia que as pessoas chegavam, principalmente no ambulatório, mais por um sofrimento psíquico por questões do cotidiano, o que não quer dizer que não precisavam de cuidados em saúde mental, do que alguém que tivesse um diagnóstico de transtorno mental como, transtornos de humor e/ou esquizofrenia. Não obstante, ao longo dos anos apresentavam o agravamento de sintomas, que nem ao menos haviam sido mencionados nas primeiras consultas, e, assim, o aumento e a mudança nas medicações eram frequentes. Sobre esse fenômeno da crescente medicalização, Silveira et al. (2009, p. 123), observaram numa pesquisa referente aos itinerários terapêuticos com usuários de longa permanência do Hosmac:

... o uso de um grande número de medicações, por parte dos usuários, entre anticonvulsivantes, antipsicóticos, sedativos e estabilizadores do humor. Esse fato dificulta a aderência ao tratamento e deixa o usuário sujeito à possibilidade de efeitos colaterais, que são frequentes com o uso de psicofármacos. Ainda nessa linha, não é incomum que se observe o fenômeno da tolerância medicamentosa, ou seja, com o uso crônico há a necessidade de doses crescentes para atingir o mesmo efeito desejado. Observa-se um ciclo vicioso de efeitos desejados e indesejados dos psicofármacos, levando à adição de outro problema de saúde, que é a dependência medicamentosa, muito comum em usuários de serviços de saúde mental.

Ferrazza, Luzio, Rocha e Sanches (2010) descreveram sobre esse processo de tratamento em saúde mental com base na centralização nos diagnósticos e psicofármacos, considerando-o como um processo de psiquiatrazação da vida social, com base nas definições e nos rótulos diagnósticos. Defendem que essas terapêuticas transformam todo mal-estar psíquico, em doença, fundamentando-os na Biologia e na Genética, reduz fatores complexos que constituem o âmbito da saúde mental, limitando-os pela compreensão da ótica organicista, e isso implanta uma medicalização sistemática dos usuários destes serviços. Sobre tal questão, Bezerra Júnior (1987, p.148) enfatiza:

Na verdade, a maioria dos psiquiatras não atende, despacha. Não medica, repete receitas. A falta de tempo impede que se chegue a um diagnóstico de confiança, as marcações de 30 em 30 dias ou mais impossibilita uma evolução do caso, e o círculo vicioso vai cronificando médico e paciente neste simulacro de tratamento.

Pande e Amarante (2017) afirmam que a literatura científica especializada evidencia que os psicotrópicos, muitas vezes, alteram de forma irreversível o funcionamento do cérebro e isso resulta também em alterações comportamentais, legitimando o que encontramos nos prontuários do Hosmac. Na análise da obra de Robert Whitaker, *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*, lançado no Brasil no ano de 2017, os autores questionam a psicofarmacologia como mecanismo central quanto aos cuidados em saúde mental. Salientam ainda o poderio da indústria farmacêutica e o quanto essa hegemonia impacta na banalização de diagnósticos de transtornos mentais. Revela, desta forma, os paradoxos científicos e demonstram o quanto esta concepção arraigada a este viés hegemônico de ciência, no corolário da neurociência, fortalece a lógica asilar e enrobustece os hospitais psiquiátricos. Trata-se de um modelo que não questiona estruturas nem organizações sociais, que não consideram a diversidade humana e confinam a loucura numa ótica reducionista.

Conforme Basaglia (2010), a psiquiatria clássica focou em definir e conceituar a loucura, e, desta forma, ocupou-se em etiquetar as pessoas, forçando-as a aderir os rótulos do que nomeavam de doenças, e, mesmo sem conseguir comprovações da nosografia e nosologia desses padecimentos, propuseram-se a, primordialmente, afastá-los da sociedade e excluí-los de suas vivências. “... foi confirmado como categoria para além do humano por uma ciência que precisava afastar e excluir aquilo que não conseguia compreender” (Basaglia, 2010, p. 36).

Encontramos nos prontuários a referência a familiares que também possuíam algum tipo de diagnóstico em saúde mental, isso era comum, como se utilizassem tais informações para justificar o transtorno mental daquele usuário como herdado geneticamente. Costa (1989) relata que a psiquiatria nas primeiras décadas do século XX buscava alinhar as medidas eugênicas à psiquiatria organicista, à proporção que consideravam o fator hereditariedade preponderante para a disseminação das doenças mentais, percebia nas medidas eugenistas possíveis soluções, como, por exemplo, dessas medidas, a esterilização dos categorizados como loucos, tarados, degenerados.

Frazatto e Beltrame (2019) apontam que a defesa pela esterilização se baseava nos estudos sobre a hereditariedade no que tangia a origem da loucura. Todavia, as discussões tinham pouca sustentação desta tese, não levando o Brasil a aprovar legislação que assegurasse tal tipo de medida, diferente do que ocorrera em outros países europeus e estados norte-americanos, como a Virgínia. Enfatizam ainda que a esterilização de pessoas com transtornos mentais como condição, para que deixassem os manicômios e fossem tratadas em serviços de saúde em meio aberto, nada tinha a ver com oferta de cuidado baseada na liberdade como princípio terapêutico, mas como forma de minimizar o problema da superlotação dos hospícios em razão das questões econômicas e sociais, daquele período.

É diante desta realidade que se desenvolveu a assistência psiquiátrica no Brasil, onde ainda identificamos os reflexos dessas concepções e ideários, em tempos atuais, sejam nos retrocessos de portarias e normas técnicas, sejam na prática nos serviços de saúde mental. Considerando esse contexto que nos leva a refletir sobre esta herança do ideário higienista e eugenista, nas práticas recorrentes no campo da saúde mental, ainda na atualidade. Durante a coleta de dados nos prontuários nos deparamos com prontuários que, de certa forma, remetemos às práticas eugenistas perpetradas nas primeiras décadas do século XX. Sendo assim, apresentamos as imagens dos prontuários nos quais constam as solicitações para avaliação e indicação para esterilização de duas mulheres⁸⁰.

⁸⁰ Optamos por manter os excertos dos prontuários digitalizados para melhor leitura.

Figura 43

Imagem de um encaminhamento da Maternidade Bárbara Heliodora de Rio Branco que estava no prontuário de internação de uma paciente do Hosmac.

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

MATERNIDADE E CLÍNICA DE MULHERES
"BÁRBARA HELIODORA"

ENCAMINHAMENTO

DE: Serviço social - maternidade
PARA: Serviço social - HOSMAC

ASSUNTO: A família da Sr. [REDACTED] declara que a mesma tem problemas mentais, não passa por nenhuma avaliação psiquiátrica; está grávida. Solicito desta unidade de saúde avaliação e/ou psiquiátrica para possível encaminhamento para cirurgia de laqueadura, através de

OBS: ordem judicial, caso seja detectado distúrbio mental.

DATA: 20/06/05

ASSINATURA

SECRETARIA DE SAÚDE
ACRE
COMPROMISSO COM A VIDA

Nota: Registro e edição realizada pela autora. SAME do Hosmac.

Figura 44

Imagem de anotações de um prontuário de uma paciente do ambulatório do Hosmac.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - HOSPITALAR
UNIDADE: HOSMAC

Prontuário de Ambulatório

NOME: [REDACTED] Nº do Registro: [REDACTED]
Data de Nascimento: 06/07/1973 Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRA
Endereço: ESTRADA DO AUAU
Cidade: RIO BRANCO - AC Profissão: DONA DE CASA
Nome e Endereço do Responsável: [REDACTED]

DATA	ANOTAÇÕES
29.06.05	R.L.T.C 39 ANOS SOLTEIRA mãe de 04 FILHOS, SÓC DA TIA DA PACIENTE A MESMA TEM QUE FAZER LAQUEADURA E ESTÁ NA MESA DE PLANEJAMENTO PARA FAZER O PLANEJAMENTO E NÃO DEIXOU, ENTÃO O MÉDICO PELO AVALIADO DO PSICÓLOGO A PACIENTE TEM SEU PRÓPRIO MUNDO, NÃO FOI ALFABETIZADA É MUITO REATIVA NÃO É COMUNICATIVA VEIO COM SUA TIA PARA AVALIAÇÃO COM PSICÓLOGA.

Nota: Registro e edição realizada pela autora. SAME do Hosmac.

A família da Sra. U. A. declara que a mesma tem problemas mentais, não passou por nenhuma avaliação psiquiátrica, e está grávida. Solicito desta Unidade de saúde avaliação com psiquiatra para possível encaminhamento para cirurgia de laqueadura, através de ordem judicial, caso seja detectado distúrbios mentais (Solicitação do Serviço Social da Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliadora, 2005). Referente à figura 43.

R. L. T. C., 39 anos, solteira e mãe de 4 filhos, SIC da tia da paciente, a mesma tem que fazer laqueadura e estava na mesa de cirurgia para fazer o procedimento e não deixou, então, o médico pediu uma avaliação do psiquiatra. A paciente tem seu próprio mundo, não foi alfabetizada, é muito possessiva, não é comunicativa. Veio com sua tia para avaliação do psiquiatra (Relato da Enfermeira do Hosmac, 2011). Referente à figura 44.

Os encaminhamentos partiram de dois diferentes serviços de saúde de Rio Branco, um da Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliadora, o outro do Centro Estadual de Formação de Pessoal em Saúde da Família – Tucumã. Ao retornar um pouco na história, percebemos que, por vezes, algumas concepções do passado persistem, apesar de envoltas de novas roupagens e/ou linguagens quanto, na verdade, o princípio é o mesmo. Nos casos relatados, a confirmação de uma enfermidade mental, conforme os profissionais que solicitam a avaliação psiquiátrica, outorgaria o Estado para a prática da esterilização, alegando tratar-se de medida de cuidado e proteção. Buscamos nos prontuários sobre os desdobramentos dos casos, mas não houve nenhum registro, posterior, sobre as solicitações.

Oportuno enfatizar que não existe outorga para o Estado realizar ou induzir práticas de esterilização, o que constituiria uma ilegalidade ou abuso. Embora a Lei nº 9.263/96 em seu artigo 10º que se refere ao planejamento familiar e estabelece penalidades e dá outras providências, reze que a esterilização cirúrgica de pessoas consideradas incapazes somente ocorrerá por meio de autorização judicial. Esta não é uma lei autoaplicável uma vez que não houve a regulamentação legal para legitimar os pedidos ministeriais de esterilização compulsória, e jamais foi levada a efeito, tendo em vista a inexistência dessa lei no ordenamento jurídico. Além disso, deve ser cumprida a Lei nº 13.146/15 que estabelece o Estatuto da Pessoa com Deficiência e em seu cumprimento o artigo 6º, cujo parágrafo IV veda a prática de esterilização compulsória, assegurando os direitos reprodutivos dessas pessoas e mesmo em caso de curatela, na situação em que a pessoa esteja com comprometimento significativo e não

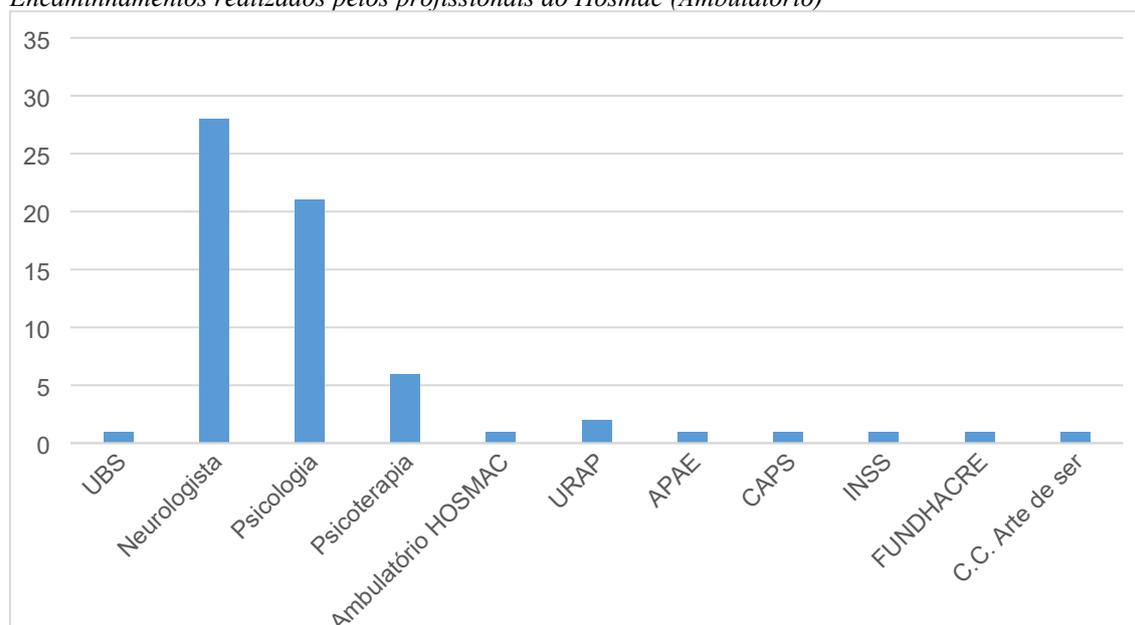
apresente condição de expressar sua vontade. Contudo, a tomada de decisão deve buscar maior grau de participação da pessoa com deficiência, e, desta forma, adotar o uso de medidas preventivas, tendo em vista que esta lei veda a esterilização compulsória. No caso de ordens judiciais expedidas, pode correr em crimes de abuso de autoridade e lesão corporal gravíssima.

É possível evidenciar que o Hosmac permanece sob a lógica dessa psiquiatria clássica, assentado em concepções de neurociência e apresenta indícios que demonstram suas preocupações em aproximar a loucura da hereditariedade, como é possível perceber nas anotações nos prontuários, frequentemente, na história de vida do usuário, apenas, restringiram-se em relatar se havia outros casos de transtornos mentais na família. Essa forma de funcionamento denota o lugar do qual pensam e “tratam” da loucura e os loucos, ecoando ideários higienista e eugenista nas práticas do cotidiano desse manicômio, perpetuando violação de direitos e mais sofrimento àqueles que já padecem psiquicamente.

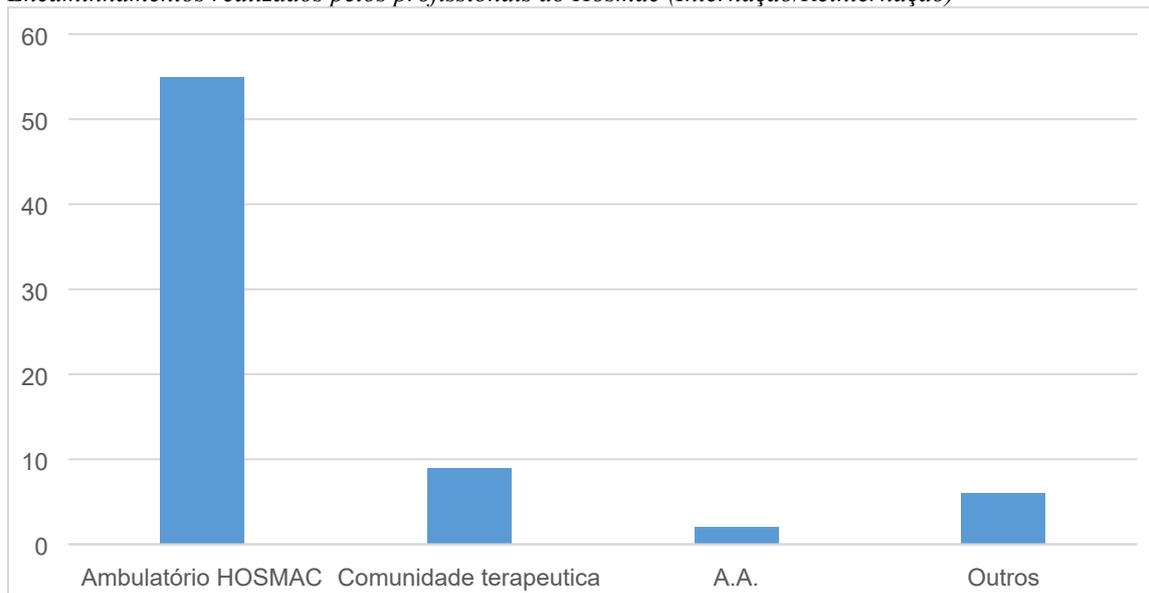
5.1.8 Encaminhamentos realizados pelos profissionais do Hosmac (ambulatório e internação/reinternação)

Figura 45

Encaminhamentos realizados pelos profissionais do Hosmac (Ambulatório)



Elaborada pela autora.

Figura 46*Encaminhamentos realizados pelos profissionais do Hosmac (Internação/Reinternação)*

Elaborada pela autora.

Sobre os encaminhamentos realizados pelo Hosmac pelos setores do ambulatório e internação, cabe mais uma vez o registro sobre a dificuldade de acessar esse dado. Para o levantamento o critério encaminhamentos, foi necessário a leitura pormenorizada de cada prontuário, pois quando havia o registro, regularmente, estava descrito ao longo do prontuário, tendo em vista ser um campo que não consta nos itens que constitui as informações referentes ao paciente no prontuário. Interessante observar os serviços que surgiram, nas poucas vezes, que houve o encaminhamento registrado. O ambulatório concentrou seus encaminhamentos para os setores de Neurologia e Psicologia e, algumas vezes, sendo mais específicos, encaminhando os usuários para a Psicoterapia. Oportuno frisar que o Setor de Neurologia fica em outra instituição hospitalar, a Fundação Hospital Estadual do Acre (Fundhacre), por vezes, esse local surge nos encaminhamentos, relacionados ao referido setor; e, outras, apenas indicando o hospital, mas sem especificações de especialidade. Quando os pacientes do ambulatório eram encaminhados à Psicoterapia ou ao Setor de Psicologia, era sempre o do próprio Hosmac, e, algumas vezes, surgiam encaminhamentos para a continuação de tratamento/assistência no próprio ambulatório. Verificamos que a maioria dos usuários encaminhada ao Setor de Neurologia correspondia aos diagnósticos de retardo mental e epilepsia, e também observamos que, por mais que tenham sido encaminhados, permaneciam com o acompanhamento no ambulatório do Hosmac, não tendo sido diferente perante os demais encaminhamentos.

No que diz respeito aos encaminhamentos do setor de internação do Hosmac, apesar da escassez nos prontuários, seguiam a lógica da retroalimentação da própria instituição. Neste sentido, eram encaminhados para tratamento e acompanhamento no ambulatório do Hosmac. Todavia, também identificamos encaminhamentos para as comunidades terapêuticas, mantendo e reforçando a lógica asilar, e corroborando com o demonstrado nas atas de reuniões do CMS de Rio Branco, o apoio e o fortalecimento desses novos manicômios. É relevante apontar que, ao identificarmos os registros de encaminhamentos para a Atenção Primária à Saúde, de Rio Branco, raras vezes foi para o acompanhamento no que tangia a saúde mental, comumente, referia-se a outros acometimentos como hipertensão arterial, diabetes, entre outros. Vale informar que os encaminhamentos que levantamos, foram os elaborados pela equipe de ambulatório e internação do Hosmac sobre os seus usuários. No entanto, não trouxemos como dado para este estudo, mas constatamos diversos encaminhamentos realizados de UPAs, URAPs, hospitais, maternidades, unidades socioeducativas para o Hosmac.

Esse dado desvela que a manutenção e o fortalecimento do Hosmac é feito por ele próprio, à medida que mantém os usuários atrelados aos serviços de emergência, ambulatório e internação, inclusive, durante toda uma vida, como pudemos constatar em categorias como tempo de internação/reinternação e tratamento/acompanhamento em ambulatório. Entretanto, transparece que ainda permanece como referência em saúde mental, quando recebe encaminhamentos de outros dispositivos de saúde, os quais deveriam romper com essa lógica manicomial, como quando somente nesta instituição há dispensação de psicotrópicos, como foi possível observar nas reportagens dos jornais eletrônicos e em uma ata de reunião do CMS de Rio Branco. Embora o hospital psiquiátrico tenha se tornado, pelas normativas do Ministério da Saúde, parte da RAPS, como preconizado na Nota Técnica nº 11/2019,⁸¹ a qual institui mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional Sobre Drogas. Nesta nota há a inserção dos hospitais psiquiátricos como parte da RAPS, contradizendo o que está estabelecido na Lei Federal nº 10.216/2001, que previa a substituição paulatina dos hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos e de natureza territorial e maior investimento financeiro nos leitos de saúde mental em hospitais gerais.

A inclusão do Hosmac, de forma oficial, pois aparece no fluxograma da RAPS de Rio Branco em Relatório de Gestão de 2020 da Semsa pode contribuir sobremaneira no número de internações/reinternações e justificar os encaminhamentos dos outros dispositivos como UPAs, SAMU, diretamente para esta instituição asilar. Como foi a Nota Técnica nº 11 de 2019 que

⁸¹ Para conferência da Nota Técnica 11/2019 em sua completude: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

orientou que os hospitais psiquiátricos também compusessem a RAPS e nosso levantamento de atas de reuniões do CMS de Rio Branco, foram até o ano de 2018, não podemos afirmar se houve discussões sobre esta inserção, do Hosmac na RAPS de Rio Branco, no âmbito do Conselho Municipal de Saúde. O fato é que o hospital psiquiátrico integra a rede com os demais dispositivos da RAPS, diante deste desenho que temos em tempos atuais e teve uma construção histórica, é difícil visualizarmos a configuração de modelos assistenciais e de cuidado que devem ser opostos. Reforçamos a nossa defesa pelos princípios da reforma psiquiátrica e entendemos que este desenho da RAPS de Rio Branco, constitui-se como um verdadeiro retrocesso, considerando que os serviços substitutivos pouco tocam no pleno funcionamento do hospital psiquiátrico. Os desvelamentos dos dados nos mostram que, a lógica asilar, continua a ser o eixo central quando se trata de loucura, saúde mental, sofrimento psíquico em terra rio-branquense.

Para Nicácio (1989) é um equívoco ou no mínimo é ingênuo pensar que a existência/implantação de outros serviços de saúde mental superam os manicômios e a lógica asilar, considerando que se faz necessário ir além de implantação de serviços substitutivos. Essas instituições históricas estão arraigadas no imaginário popular como o local destinado à loucura. Também é explícito que a superação destas instituições não ocorrerá de forma espontânea e rapidamente. A autora afirma que a superação é complexa e resiste porque, embora existam novos serviços em saúde mental, a transformação da lógica de compreender e de traçar estratégias no âmbito da saúde mental é um desafio, afinal a Psiquiatria continua definindo os ditames da compreensão sobre o sofrimento psíquico, que, na verdade, é transformado, estritamente, em doença mental. Fundamentalmente, carece de uma ruptura paradigmática, que rompa com esse modelo médico-centrado, e, sobretudo, desconstrua o nosso imaginário sobre a loucura e entenda este processo com uma realidade complexa e concreta dos usuários. Do contrário, permaneceremos repercutindo o manicômio em diferentes serviços e perpetrando estratégias hegemônicas de estigmatização, exclusão e violência.

Romper com a lógica biologicista e reducionista da psiquiatria hospitalocêntrica não se faz cedendo ao desmonte das políticas públicas em saúde mental, não é possível negociar com o hospital psiquiátrico. Não há alianças entre o paradigma psicossocial e o asilar, pois o risco de sucumbir ao modelo manicomial amplia-se, colocando em perigo toda uma construção e avanços da reforma psiquiátrica. Não há possibilidade de dois modelos antagônicos existirem numa mesma rede, os contornos se perdem, as concepções de trabalho se desorganizam, os financiamentos não são equânimes, e aquele que há séculos promove terapêuticas, que são comprovadamente iatrogênicas se fortalecem, pois continuam no lugar do saber hegemônico.

Portanto, longe de negociações, a ruptura necessariamente precisa ser radical quanto às concepções de cuidado e assistência em saúde mental e éticas (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

Bezerra Júnior (1987, p.137) já indicava o que fica para a maioria da população em sofrimento psíquico e que carece de cuidados em saúde mental são “... as consultas de cinco minutos em ambulatorios que mal merecem este nome, onde as filas, o descaso, a falta de condições materiais transforma o que deveria ser um ato terapêutico num mecânico e interminável ritual de prescrição de remédios e cronificação de sofrimento”. O fato é que não há um planejamento do cuidado, nem estratégias que preconizem pelo acompanhamento e/ou que utilizem o projeto terapêutico singular como ferramenta prioritária para esses usuários atendido em instituições asilares, entre outras ações que priorizam o aspecto comunitário e territorial de cuidado. Desta forma, continuam perpetuando o que Bezerra Júnior já havia constatado na década de 1980, o “interminável ritual de prescrição de remédios e cronificação do sofrimento”.

Figura 47

*Raízes das Águas Amazônica*⁸². Pintura de Ivanilson Sousa.



Acervo do próprio artista.

⁸² A pintura teve como inspiração um poema de um amigo de Ivanilson que retrata a vivência pelos rios amazônicos, seus banzeiros e barrancos, cheias e secas. Na construção deste trabalho utilizou também pó de serra (pequenos pedaços de madeira). Retrata na pintura o canoeiro remando nas águas misteriosas dos rios amazônicos e representa também os sítios arqueológicos encontrados no estado do Acre. A pintura motivou seus estudos sobre a história e geografia do estado do Acre e sobre sítios arqueológicos.

ENTRE REBOJOS E BANZEIROS: POSSÍVEIS ALINHAVOS E REMATES

Justino era um dos internos que parecia não se conformar com isso. Todas as vezes que percebia rumores de que alguém iria tomar ou havia tomado o eletrochoque, ele se apressava a cantar uns cânticos que minha memória nunca esqueceu ... Jesus Cristo veio ao mundo para acabar com as injustiças, quando foi com 15 anos rezou a primeira missa, andou por aí rodando, e quando foi com 20 anos sentou praça na polícia ... Miraculosa rainha da paz sob teus mantos tecidos de luz, faz com que a guerra se acabe na terra e haja entre os homens a paz de Jesus (Ferreira, 2006, p. 55).

Esse trecho de Ferreira (2006) demonstra que a prática do eletrochoque também esteve presente às margens do Rio Acre, em Rio Branco, na década de 1970. De acordo com a autora, essas músicas eram cantadas em forma de coro pelos pacientes, sempre que percebiam alguma movimentação no hospital que submetesse algum louco ao eletrochoque. Entre os cantos ecoavam, os gritos e o desespero, que marcavam a hora do eletrochoque. O pedido de socorro também era bradado, nesta região do país. Em território acreano quando os loucos saíram das prisões domiciliares, da cadeia pública e colônia penal, em Rio Branco, adentraram aos pavilhões de hospitais voltados para o tratamento de tuberculose, hanseníase, doenças transmissíveis; e, em 1978, ao hospital psiquiátrico. O grito de Justino e de milhares de pessoas ressoaram nos corredores do Hosmac, com o teor religioso e/ou místico, essas pessoas clamavam por cuidados e denunciavam as injustiças sofridas entre os muros do hospital psiquiátrico. Apesar de um cenário razoavelmente recente, vemos a tentativa do retorno de práticas como essa que fizeram milhares de pessoas clamarem por socorro.

Contar parte desta história em Rio Branco não se constituiu uma tarefa fácil. No que diz respeito à pesquisa com fontes documentais, no âmbito da saúde mental, temos visto e vivido como um desafio. A dificuldade de acesso às fontes, frequentemente, impõe os limites da pesquisa. Mais de uma década de atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco, que não tivemos acesso, por mais que tenhamos insistido quanto a este material, não obtivemos respostas sobre a existência e onde estariam arquivadas. Somente após consultas à literatura científica referente à história do SUS no estado do Acre, pudemos, então, conhecer a razão do material não existir e, assim, entender o imbróglio que foi a implantação e descentralização do SUS no território acreano. Prontuários de internação do Hosmac correspondentes a 20 anos de história foram incinerados, mas não tivemos respostas a contento

sobre este processo, por mais que tenhamos buscado informações em diferentes setores da Secretaria Estadual de Saúde do Acre e Ministério Público Estadual. Os poucos registros de itens importantes, e, algumas vezes, nenhum, que integram o prontuário do Hosmac, impedindo análises e dificultando a construção de pesquisas, as quais devem redobrar a atenção quanto aos aspectos metodológicos, considerando as possibilidades de vieses. O Projeto de Construção e Implantação do Hosmac, que, na época, em 1978, era nomeado como Hospital Distrital, não tivemos acesso, embora tenhamos feito contato com diferentes pessoas e setores da Sesacre.

A pandemia de Covid-19 também resvalou em nosso processo de investigação e garimpagem de documentos, impossibilitando o levantamento de jornais físicos, que circularam em Rio Branco na década de 1990. Embora a falta de atas, o acesso dificultado aos jornais da década de 1990 e as significativas subnotificações nos prontuários do Hosmac tenham se apresentando como dificultadores no processo desta pesquisa e tais percalços tenham suscitado lacunas ao nosso objetivo de pesquisa, uma vez que estas fontes teriam ampliado nossas reflexões e discussões sobre o lugar social da loucura em Rio Branco, contudo, mostraram, um campo aberto para futuras pesquisas. Neste sentido, vale frisar a importância de registros completos dos documentos no campo da saúde, como também maior cuidado com os arquivos que, geralmente, são imbuídos de relevante valor para a história e para pesquisas de diversas naturezas. Essas questões demonstram o pouco interesse pelos registros históricos e de sua importância para o desenvolvimento do conhecimento e da ciência. O passado continua revelando sobremaneira o presente e dá pistas de prospecções futuras, sempre resguardando as mudanças ocorridas com o passar do tempo.

Apesar dos percalços encontrados em campo, o delineamento do trabalho nos colocou diante de um retrato do lugar da loucura em Rio Branco. Num retrato podemos fazer importantes apontamentos, reflexões, consiste num registro que tem delimitações e limitações, pois não abarca o todo, mas pode constituir parte importante de uma história. Neste recanto amazônico, vimos um desvelar de uma loucura aprisionada, excluída, perigosa cujo destino fatídico desemboca no manicômio e suas versões atuais, como as comunidades terapêuticas. Essa história marcada por décadas de confinamento e marginalização não ficou restrita ao passado, as reedições de exclusão e o cerceamento de liberdade ao louco podem ter se alterado ao longo dos anos, disfarçadas por outras roupagens, mas a insígnia da loucura permaneceu rotulando a vida de milhares de acreanos.

Dessa forma percebemos o trânsito da loucura em Rio Branco, e o Hosmac é parte desta cidade quando encontramos a retirada da loucura das ruas da cidade; o encaminhamento do louco de outros serviços de saúde para o manicômio; o personalismo na Psiquiatria e classe

médica, que, por meio de algumas figuras dessa área, utilizaram-se dos meios midiáticos para desqualificar a reforma psiquiátrica e seus princípios e, assim, defenderem investimentos para a referida instituição a fim de manter o seu pleno funcionamento; as reivindicações da “cidade” por melhorias no manicômio; o manicômio como a panaceia da loucura, quando verificamos várias reportagens e notas sobre a falta de medicação e/ou atendimento no Hosmac e o clamor da sociedade pelos aludidos investimentos. É necessário considerar que ao se tratar de loucura foi ofertado a esta população o hospital psiquiátrico, bem como difundido pela mídia por décadas de que este lugar seria onde haveria “cuidado” em saúde mental. A população acreana, na verdade, não clama pelo hospital psiquiátrico, mas por cuidado, atenção, assistência em saúde mental, que obviamente diante de uma RAPS pouco consolidada e com escassos investimentos, encontra dificuldades para oferecer um funcionamento consistente e resolutivo e sucumbe ao modelo hegemônico já conhecido por esta comunidade: o velho hospital psiquiátrico.

As atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco revelaram os ajustes para a inclusão das comunidades terapêuticas como parte da RAPS, corroborada pelo discurso da epidemia de drogas nos país. Enquanto a produção científica e os relatórios de inspeção das comunidades terapêuticas do Conselho Federal de Psicologia (2018) e dos hospitais psiquiátricos, em 2020, demonstravam o caráter asilar e iatrogênico destes serviços, o CMS de Rio Branco já tinha estratégias para realizar investimentos nestas instituições. Inclusive com a criação de lei municipal e emendas parlamentares para a adequação das comunidades terapêuticas, para que estivessem aptas para o recebimento de verbas públicas e mantiveram a defesa dessas instituições, ao menos até o ano de 2018, conforme o recorte temporal de levantamentos desta pesquisa, pois não encontramos pautas e/ou discussões sobre os resultados dessas inspeções. Nesta perspectiva, em 1978, no Brasil, ocorria a efervescência do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica na tessitura da redemocratização do país; e, em Rio Branco, a herança do atraso inaugurava um hospital psiquiátrico, mas como expomos neste trabalho, um atraso que fora construído historicamente.

No que tange a implantação da RAPS em Rio Branco, a criação do primeiro serviço substitutivo ocorreu após a aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001; e, desde então, a implantação de serviços que as compõem e estejam em conformidade com os fundamentos da reforma psiquiátrica ocorrem vagarosamente e, por vezes, por força de lei, cuja implantação do CAPS II Samaúma se deu em razão das diversas ações e os termos de ajustamento extrajudicial por parte do Ministério Público Estadual do Acre. Não encontramos reivindicações e pautas de discussões sobre a necessidade da implantação dos Serviços de Residências Terapêuticas, mas

verificamos a tentativa de desinstitucionalização, mas que na verdade incorreram em uma transinstitucionalização, como já mencionamos no decorrer deste trabalho. Identificamos defesas por centros especializados em autismo e frequentes reivindicações por atendimentos na rede de saúde e educação para questões relativas ao TDAH, inclusive asseguradas em Lei Estadual. Porém, não observamos defesas, solicitações, discussões sobre e a necessidade e a importância da implantação de um CAPS infantojuvenil, serviço ainda inexistente em Rio Branco. Esse é o desenho encontrado na cidade e, embora o presente trabalho não tenha por escopo pesquisar e descrever cada serviço da RAPS, os números de internações e reinternações, bem como a grande quantidade de pessoas que faz o acompanhamento ambulatorial no Hosmac, revelam-nos que a existência desses serviços que são imprescindíveis, pouco tocou quanto ao funcionamento do manicômio, e continua a ter um elevado número de atendimentos e internações/reinternações.

Foi possível deprendermos que a reforma psiquiátrica nesta localidade caminha a passos curtos, conforme discussões com pouca sustentação no Conselho Municipal de Saúde, como observamos nas atas de reuniões, denotando o cumprimento de normativas sem discutir implicações e se estão de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira. Evidenciou-se uma participação social pouco efetiva quando se tratava dos usuários do campo da saúde mental, a qual, ao que tudo indica, redundaria no cumprimento de exigência apenas no que tange o critério de paridade na composição do Conselho. Transformando, desta forma, um espaço de luta, reivindicações e de fiscalização que deveria ser o Conselho Municipal de Saúde num espaço para homologações prévias, portanto, comprometendo a concepção e função do controle social. Tais práticas podem se desdobrar em cumprimentos de normativas sem a devida reflexão e conhecimento dos pilares que sustentam a luta antimanicomial. Foi possível também perceber o flerte com as bases neurobiológicas e médico-centradas, quando temáticas relacionadas à saúde mental foram pautadas, como também em relação ao autismo e TDAH, apregoando o paradigma biomédico que paira sobre esses temas e fortalecendo a concepção médico-centrada, movimento já observado ao longo da história da implantação das políticas públicas no estado do Acre.

Por sua vez, as alterações normativas realizadas na esfera federal, que demarcam retrocessos reais nas políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas fazem coro à conjuntura política e ideológica de determinadas localidades e grupos, e, assim, o desconhecimento ou a pouca disponibilidade em conhecer e debater detidamente as bases da reforma psiquiátrica aparenta uma articulação de não intencionalidade de aprofundamento desse âmbito da saúde, ao menos em espaços deliberativos e de controle social como os

Conselhos Municipais de Saúde e encontram terreno fértil para a disseminação das práticas manicomialis.

Todo esse contorno do fenômeno de pesquisa é marcado pela história da saúde pública e da própria formação do estado do Acre. O autoritarismo e o personalismo da política têm suas projeções em diferentes âmbitos, possível de serem observadas também na saúde pública e saúde mental, como o personalismo na Psiquiatria, uma demarcação concentrada em nomes e “personalidades” da área que gozam de prestígio político e, assim, reforçam a defesa do modelo hospitalocêntrico e asilar. Esse delineamento desembocou em descontinuidades de planejamentos e estratégias no âmbito das diferentes gestões, resultando em pouco investimento nos serviços substitutivos e na consolidação de uma rede de atenção à saúde mental, travancando o processo de desinstitucionalização de usuários do Hosmac, impossibilitando o seu fechamento.

Vale destacar também os delineamentos dos Conselhos de Saúde, em Rio Branco, que surgiram em contexto de cooptação de apoio e, durante décadas, não cumpriram sua função de controle e participação social, assolados pela dificuldade de descentralização e hierarquização dos serviços de saúde pública no âmbito da gestão estadual. Essa herança do esvaziamento do controle social de sua função real compromete o Conselho de Saúde uma importante instância. Devemos ainda reiterar o quanto o estado do Acre foi marcado pela dependência da esfera federal para os investimentos no SUS o que impactou na dificuldade de autonomia do estado, principalmente dos municípios acreanos em relação ao processo de descentralização dos serviços, além da dificuldade de comunicação e informatização de seus setores e serviços, que perdurou por um longo período. A concepção do atraso na implantação das políticas públicas de saúde também acompanhou as políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas, que, no contexto inicial da municipalização de ações e serviços de saúde, revelou dificuldades de estabelecer os papéis e as funções de cada esfera do governo no que tangia a implantação dos serviços. Nesta conjuntura, surgiram as primeiras estratégias de cuidado em saúde mental, tendo como eixo a reforma psiquiátrica, portanto, em circunstância de pouca autonomia financeira, política e de planejamentos ainda incipientes.

No caso das pessoas que passaram as vidas no hospital psiquiátrico, os dados representados em números, na verdade, são vidas, histórias cujas biografias foram resumidas pelas idas e vindas ao hospício e destituídas de suas singularidades e, nessa roda-viva, perderam a liberdade, os vínculos e a voz ativa de mandarem em seus destinos. Vidas que foram consideradas improdutivas, inúteis para a sociedade capitalista, cuja principal fonte de exploração é o mundo do trabalho. A mão de obra não foi utilizada por esta sociedade, uma vez

que o louco, visto como perigoso e alienado de sua razão, não poderia ser aproveitado para a produtividade e lucro. Salientamos que o território acreano em sua formação sempre foi visto e divulgado de forma ambígua, como um lugar insalubre e longínquo, mas que resguardava um potencial para o desenvolvimento, e, assim como outras regiões da Amazônia, seus ciclos migratórios tinham por projeto atrair mão de obra. Não obstante, quem não se encaixava nestas exigências nem ocupava a cadeia de exploração, como os loucos, deveria ser afastado do convívio social, bem como os que eram acometidos por doenças como tuberculose e hanseníase, com a visão da loucura sob a ótica do controle da disseminação, semelhante às doenças infectocontagiosas.

Em outros momentos, a loucura e o louco tiveram seu lugar de “recolhimento” anexado a um presídio, definindo o lugar de periculosidade e utilizando de práticas punitivas, como o isolamento. Quantas Safiras, como a história relatada no início deste trabalho, foram “deportadas” para a cidade de Manaus e nunca retornaram aos seus lares e suas famílias. É neste cenário que a vida material e a condição de classe desses sujeitos são imprescindíveis para o desvelamento do lugar designado à loucura e ao louco em Rio Branco.

As histórias dessas pessoas não são contadas, pois são resumidas aos diagnósticos e às internações. Vidas que são moídas no interior das instituições asilares, que utilizando a metáfora do hospício como um grande moedor de carne, temos como produto a homogeneização da vida de milhares de pessoas. Um louco que diagnosticado, às vezes, ainda na infância e/ou adolescência foi retirado dos bancos da escola e alocado nos leitos do manicômio, acompanhado por infinitos diagnósticos e receituários. Um louco que, ao perder suas referências de produtividade no âmbito rural, foi engolido pela cidade e lançado às mazelas desta. Pessoas que foram “capturadas” nas ruas da cidade, mulheres que foram avaliadas para serem esterilizadas por serem loucas, reedições que resguardando a devida passagem do tempo e as proporções históricas, percebe-se um movimento de higienização da cidade e de controle dos considerados disgênicos.

Diante do exposto, a loucura tornou-se uma sentença e o manicômio (Hosmac) seu destino prioritário. Como nos lembra Nisiide (2020), é um público que se configura como a camada da população que precisa ser controlada por meio de estratégias do Estado, que não conseguem se inserir no modo de produção capitalista e por serem consideradas como o fardo inútil do exército industrial de reserva, tem seus modos de vida regulados. Neste diapasão, utilizam da coerção e de sistemas repressivos para tal controle e disciplinamento, como nos apontam os escritos foucaultianos e, para usar a expressão marxiana, seriam o “rebotalho do proletariado”.

Essa história que se repete em diversas partes do país e quiçá do mundo, acontece porque essa estrutura social, do modelo político econômico vigente, o capitalismo, permanece, embora ocorra transmutações em sua forma. Desta maneira, parece não haver alternativas para quem não tem poder de escolhas, para quem perdeu o poder contratual e, por extensão, o valor social. O louco não seria útil nesta sociedade que exige produtividade e força de trabalho, condição *sine qua non* para o projeto societário capitalista, assim, perde sua liberdade e seu lugar nesta estrutura, designam-lhe o lugar da periculosidade e exclusão e as instituições asilares como o lócus da loucura.

São essas condições materiais que precisam ser colocadas em pauta, é preciso retirar a loucura da perspectiva biologicista e individualista, pois este movimento isenta a organização social da produção de sofrimento, atribuindo ao indivíduo o seu sucesso e seu fracasso, como nos contos de Barão de Münchhausen⁸³. Essas relações e ilações fragilizam os indivíduos que atribuem o seu sofrimento e adoecimento aos fatores pessoais que constituem sua história de vida, desmobilizando a luta coletiva e tendo pouca repercussão na ordem vigente. Não há negação dos aspectos subjetivos e idiossincráticos que constituem as vivências e as experiências de cada pessoa e do sofrimento psíquico. Contudo, possíveis mudanças e/ou conquistas no âmbito das políticas sociais têm maior possibilidade de avanços por meio da mobilização coletiva e para isso é necessário compreender os reflexos da organização social na qual estamos inseridos, como parte que engendra esse sofrimento e as práticas manicomial e asilares.

O horizonte que se abre no cenário nacional, com o financiamento e fortalecimento dos hospitais psiquiátricos e das instituições asilares como as comunidades terapêuticas, com o paulatino esvaziamento da Lei Federal nº 10.216/2001 e, portanto, dos alicerces da reforma psiquiátrica, a atual conjuntura política e econômica, explicitamente, alimenta a lógica manicomial, reforçando aspectos já existentes em território acreano, como a política do encarceramento e da exaltação das instituições asilares. Isso coloca em risco os exíguos avanços no que tange a reforma psiquiátrica em Rio Branco e implica compreendê-la como um processo recente em face de outras regiões do país, colocando-a em estado de vigilância e de permanente necessidade de reafirmação de seus princípios.

Reiteramos que há casos em saúde mental que carecem de cuidados intensivos, portanto, de internações, e que devem ter a garantia de ter sua atenção e cuidado em crise, em leitos de

⁸³ Raspe (1785/2011) narra as aventuras de Barão de Münchhausen cujos contos são considerados divertidos e mentirosos, um de seus feitos foi ter se salvado de uma areia movediça ao cair com seu cavalo. O conto diz que Barão de Münchhausen ao encontrar-se no banco de areia movediça e sem perspectiva de ajuda, segurou com as pernas em seu cavalo, ergueu as mãos sobre a cabeça e puxou seu próprio cabelo em forma de trança, livrando-se do infortúnio.

saúde mental em hospital geral, levando em conta o número de dias preconizados pela legislação para o cuidado da pessoa em situação de crise. Neste sentido, perfilhamos pelo cuidado em base territorial, sem privação de liberdade, por curto período de tempo, suficiente para sair da crise e em consonância e articulação com a RAPS, tendo como norteador do cuidado o modelo de atenção psicossocial. Todavia, o que encontramos em nosso levantamento, foi o número elevado de internações e reinternações no Hosmac, nenhuma ou raras referências para os serviços substitutivos (RAPS). Constatamos nos prontuários, encaminhamentos e/ou orientações explícitas aos usuários para que buscassem tratamento em comunidades terapêuticas, ou seja, vive, pulsa e se retroalimenta a lógica asilar. O modelo manicomial escorcha a atenção psicossocial que tenta sobreviver, buscando em seu fôlego respirar ares da reforma psiquiátrica. Assim, apresenta-se a complexidade da reforma psiquiátrica, em seus entrelaçamentos e polifonias, sentidos e contrassentidos, contradições e paradoxos, na tessitura desta sociabilidade na qual estamos inseridos em território acreano.

Perante o exposto, sustentamos que os avanços são parcos no âmbito da saúde mental e reforma psiquiátrica em Rio Branco. As conquistas parecem sempre estar em corda bamba, como se fossem sucumbir aos mandos da lógica manicomial a qualquer momento. Considerando estes contornos, percebemos que talvez seja necessário reafirmar o que parece óbvio e assegurado em outras localidades, pois aqui estaríamos ainda em um processo de construção inicial, que já obteve importantes avanços, mas tem longo percurso a trilhar. Este cenário nos colocou perante um lugar social da loucura já conhecido historicamente, o da exclusão, periculosidade, desvio, inutilidade, desrazão. Desta maneira, a história nos permitiu compreender que a herança manicomial é pujante e persistente na capital acreana e foi desenvolvida no bojo da história do Acre, em meio aos objetivos de exploração e espoliação dessa região, em que se formou sua sociabilidade, com contornos políticos, econômicos, sociais e geográficos, e, ao considerar suas singularidades, reforçaram tal logicidade no campo da saúde mental. Verificamos desta maneira, uma reforma psiquiátrica em recente processo de difusão e ainda pouco consolidada, considerando o que encontramos no levantamento da história de implantação do SUS, a dificuldade da gestão estadual em planejar ações e organizar os serviços de saúde pública e também do próprio município de Rio Branco no que tangia compreender sua função diante de um processo de municipalização dos serviços de saúde, que ocorreu tardiamente e em meio a crises.

O paradigma hegemônico é o psiquiátrico que perdura como observado nos poucos debates relacionados à saúde mental e sua assistência em Rio Branco, identificamos o desafio em consolidar a reforma psiquiátrica na capital acreana. Os desvelamentos nos permitem

apontar a participação social como essencial nos espaços de controle social da saúde, do município de Rio Branco, de forma mais assertiva e efetiva no que concerne a defesa dos cuidados de pessoas com transtornos mentais e/ou em condição de uso abusivo de álcool e outras drogas. Ou seja, seguindo os pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira, a qual tem a liberdade como medular no que tange os cuidados em saúde mental. Todavia, para tal carece de um Conselho de Saúde que não se distancie de sua função real e tenha preservado a capacidade de fiscalização e controle social.

Desta forma, partimos do pressuposto que a possibilidade desse outro lugar social que deve ser construído para a loucura, considerando a loucura como uma prerrogativa humana, pode ser vislumbrado nas nossas ações e estratégias no cotidiano, no rompimento do paradigma psiquiátrico, no estabelecimento de uma nova perspectiva de cuidado em saúde mental, que deve ser conhecida e requerida nos espaços de controle social, assegurando os direitos sociais e difundindo uma lógica de cuidado baseada na atenção psicossocial. Neste sentido, contar com a difusão de informações à população sobre os serviços substitutivos e o cuidado em saúde mental que esteja em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira; que divulguem suas estratégias demonstrando que ofertam cuidados com a loucura vista a partir de outro lugar social.

Não basta a existência de serviços substitutivos, é necessário que estes sejam espelhos da reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, que em seu cotidiano e intervenções repercutam os princípios da reforma; que recebam investimentos de recursos financeiros; que exista articulação intra e intersetorial; é preciso ampliar esse discurso nos bancos das universidades, convocá-la ao seu papel social e de formação, de maneira a debater e discutir nas formações dos cursos de saúde e outros, a importância da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica, bem como do SUS e do controle social.

É fundamental a participação efetiva de usuários e entidades representativas de usuários e familiares, profissionais de saúde que ocupam cadeiras de conselheiros nos Conselhos de Saúde para que pautem a discussão e busquem o apoio legislativo para a criação de uma lei estadual e/ou municipal, com o intuito de auxiliar na implantação e funcionamento de comissão de saúde mental e conselhos locais, como forma de garantir o acompanhamento, a fiscalização e a reivindicação da implantação e investimento nas políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas. Sobretudo, que assegurem os cuidados e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, levando em conta os contornos que engendraram o lugar social da loucura em território acreano, inclusive, como forma de recordar para não repetir práticas que violam seus direitos e se coloquem, desse modo, na contramão da reforma psiquiátrica, uma vez que foram

direitos arduamente conquistados. Afinal como diz a canção interpretada por Cazuza⁸⁴, “eu vejo o futuro repetir o passado”, por isso, a necessidade de constante vigilância na defesa dos princípios da reforma psiquiátrica brasileira.

Avistando esse caminho e suas possibilidades, finalizamos com um fragmento do poema de João Cabral de Melo Neto, que nos mostra que mudanças não acontecem de forma isolada e somente é possível tecer uma manhã devido os entrelaces dos gritos de muitos galos. Este trabalho foi apenas um grito que apanhou outros gritos já dados em território acreano e, esperamos, encontre outros, somados em coro promovam e teçam outro lugar social da loucura em Rio Branco e, quiçá, em outras localidades do estado do Acre.

*Um galo sozinho não tece uma manhã: ele
precisará sempre de outros galos. De um que
apanhe esse grito que ele e o lance a outro; de
um outro galo que apanhe o grito que um galo
antes e o lance a outro; e de outros galos que
com muitos outros galos se cruzem os fios de sol
de seus gritos de galo, para que a manhã, desde
uma teia tênue, se vá tecendo, entre todos os
galos.*

João Cabral de Melo Neto⁸⁵

⁸⁴ Canção – O Tempo Não Pára, 1988.

⁸⁵ Tecendo a Manhã, 1966/1994.

REFERÊNCIAS

- Aciole, G. G. (2003). Algumas questões para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 27(63), 63-73. Recuperado a partir de https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:ujkF8J_AbOYJ:scholar.google.com/+aciole+2003&hl=pt-BR&as_sdt=0,5
- Albuquerque, G. R. de. (2015). História e historiografia do Acre: notas sobre os silêncios e a lógica do progresso. *Tropos*, 1(4), 1-19. Recuperado a partir de https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=historia+e+historiografia+do+acre+notas+sobre+o+silencio&btnG=
- Albuquerque, C. de S. & Nóbrega, M. D. P. S. S. (2016). Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializado. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 12(1), 22-29. Recuperado a partir de <https://www.redalyc.org/pdf/803/80346410004.pdf>
- Almeida, M. G. de & Barbosa, D. R. M. (2014). Controle social no campo da saúde: considerações para debate. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750*, 5(1), pp. 71-76. Recuperado a partir de <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/199>
- Alves, A. A. M. & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131. Recuperado a partir de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902510700031>
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Amarante, P. (1999), Manicômio e Loucura no Final do Século e do Milênio. In Fernandes, M. I. A.; Scarcelli, I. R. & Costa, E. S. (Org.). *Fim de Século: ainda manicômios?*. (pp. 47-53). São Paulo: Ipusp.
- Amarante, P. (2007) *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2013). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*, 2. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. & Torre, E. H. G. (2017). Direitos humanos, cultura e loucura no Brasil: um novo lugar social para a diferença e diversidade. In Oliveira, W. F. de., Pitta, A. M. F. & Amarante, P. (Org.). *Direitos Humanos e Saúde Mental* (p. 107-133). São Paulo: Hucitec Editora.
- Amarante, P. & Nunes, M. D. O. (2018). A Reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 2.067-2.074.

- Andrade, L. H. S., Viana, M. C. & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Archives of Clinical Psychiatry*, 33, 43-54.
- Andrade, T. M. D. (2011). Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 4665-4674. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQXcRPcyZTrjtZ4NZ3D4THJ/abstract/?lang=pt>
- Andrade, S. V. (2013). *A rede de atendimento em saúde mental de Porto Velho e a atuação da Psicologia: desafios e perspectivas*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal de Rondônia. Recuperado a partir de <https://core.ac.uk/download/pdf/294853668.pdf>
- Assis, M. (2014). *O Alienista*. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1881).
- Azevedo, J. F. D. (2009). *Prevalência de depressão e ansiedade em idosos institucionalizados no município de Ji-Paraná–Rondônia*. [Dissertação de Mestrado] Universidade de Brasília). Recuperado a partir de <https://repositorio.unb.br/handle/10482/8355>
- Bagatin, T. de S. (2019). *Manicômio judiciário: a contramão da Reforma psiquiátrica*. [Tese de Doutorado] Universidade Estadual de Maringá. Recuperado a partir de <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/pesquisa/teses>
- Barboza, R. S. & Feldens, D. G. (2016). Educação para a mídia e psicopatologias: um diálogo possível. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 6(2), 283-293. Recuperado a partir de <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1725>
- Barbosa, G. (2019, 18 de junho). Medicamentos continuam em falta no Hosmac e paciente reclama: ‘Uma vergonha’. *Portal G1 globo Acre*. Recuperado a partir de <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2019/06/18/medicamentos-continuam-em-falta-no-hosmac-e-paciente-reclama-uma-vergonha.ghtml>
- Barcellos, C. (2008). Os indicadores da pobreza e a pobreza dos indicadores: uma abordagem geográfica das desigualdades sociais em saúde. *A geografia e o contexto dos problemas de saúde*, 1, pp. 107-39. Recuperado a partir de https://www.researchgate.net/profile/Christovam-Barcellos/publication/333971455_Os_Indicadores_da_Pobreza_e_a_Pobreza_dos_Indicadores_Uma_abordagem_geografica_das_desigualdades_sociais_em_saude/links/5d1032fba6fdcc2462a02c78/Os-Indicadores-da-Pobreza-e-a-Pobreza-dos-Indicadores-Uma-abordagem-geografica-das-desigualdades-sociais-em-saude.pdf
- Basaglia, F. (1985) As instituições da violência. In Basaglia, F. (Org.) *A instituição Negada. Relato de um hospital Psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Basaglia, F. (2010). *Escritos selecionados*. Trad. Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro, RJ: Garamond.
- Batista, E. C. (2015). *A saúde mental do cônjuge cuidador familiar da parceira em sofrimento psíquico grave*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal de Rondônia. Recuperado a partir de <https://core.ac.uk/reader/294853580>

- Batista, E. C., Ferreira, D. F. & da Silva Batista, L. K. (2017). O papel do cuidador familiar no campo da saúde mental: avanços e contradições. *Clínica & Cultura*, 6(1), 21-30. Recuperado a partir de <https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/view/5743>
- Batista, E. C., Ferreira, D. F. & da Silva Batista, L. K. (2018). O cuidado em saúde mental na perspectiva de profissionais de um CAPS I da Amazônia. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 7(1), 77-92. Recuperado a partir de https://scholar.google.com/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=o+cuidado+em+sa%C3%BAde+mental+na+perspectiva+de+profissionais+de+um+caps+i+da+amazonia&btnG=
- Becker, S. G., Martini, J. G., Bousfield, A. B. D. S. & Coêlho, P. D. L. P. (2017). Centro psiquiátrico Eduardo Ribeiro: revisitando a história e compartilhando memórias. *Hist. enferm., Rev. eletrônica*, 7-17. Recuperado a partir de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1029054>
- Beckher, G. (2022, 15 de junho). “Animava qualquer ambiente”, diz primo de homem que morreu em UPA do DF, após surto psicótico. *Portal G1 globo Distrito Federal*. Recuperado a partir de <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2022/06/15/animava-qualquer-ambiente-diz-primo-de-homem-que-morreu-em-upa-do-df-apos-surto-psicotico.ghtml>
- Bezerra, M. J. (2006). *Invenções do Acre: de território a estado-um olhar social* [Tese de Doutorado] Universidade de São Paulo. Recuperado a partir de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-11072007-105457/pt-br.php>
- Bezerra B., Jr. (1987). Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: Tundis, S. A. & Costa, N. do R. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- Birman, J. & Costa, J. F. (1994). Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In Amarante, P. (Org.). *Psiquiatria social e Reforma psiquiátrica*, pp. 41-72. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Boarini, M. L. (2003). Higienismo, eugenia e a naturalização do social. In Boarini, M. L. (Org.). *Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil*. Maringá, PR: Eduem.
- Boarini, M. L. (2009). A (desconhecida) Reforma psiquiátrica em municípios de aquém de pequeno porte. *Psicologia em Revista* 15(1), 28-50. Recuperado a partir de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v15n1/v15n1a03.pdf>.
- Boarini, M. L. (2011). Atenção à saúde mental: um outro olhar. In Boarini, M. L. (Org.). *Desafios na atenção à saúde mental*. (2a ed.). Maringá: Eduem.
- Boarini, M. L. (2011). A Eugenia Sob A Lente de Lima Barreto. In Boarini, M. L. (Org.). *Raça, higiene social e nação forte: mitos de uma época*. p. 75-96. Maringá, PR: Eduem.
- Boas, A. C. V., Monteiro, Q. R. D. S., Silva, R. P. M. & Meneguetti, D. U. D. O. (2019). Profile of suicide attempts treated in a Public Hospital of Rio Branco, Acre State from 2007

- to 2016. *Journal of Human Growth and Development*, 29(1), 57-64. Recuperado a partir de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822019000100008&script=sci_abstract&tlng=en
- Boeff, M. C. & Camargo, T. S. D. (2020). Gênero e diagnóstico em saúde mental: que relação é essa? *REVES - Revista Relações Sociais*, 3(1), 50-55. Recuperado a partir de <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/221347>
- Bosque, R. M. (2017). *Avaliação dos centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas do Estado do Amapá*. [Tese de Doutorado] Universidade de São Paulo. Recuperado a partir de https://scholar.google.com/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=ron%2C3%A9dia+monteiro+bosque+amapa&btnG=>
- Botega, N. J. & Dalgalarrodo, P. (1993). *Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico*. São Paulo: Hucitec.
- Bolonheis-Ramos, R. C. M. & Boarini, M. L. (2015). Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 22(4), 1.231-1.248. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/3sMBcMnM5JvLMjYJSTd6xTn/?format=pdf&lang=pt>
- Braga, C.P.; d’Oliveira, A.F.P.L. (2015); A Continuidade das Internações Psiquiátricas de Crianças e Adolescentes no Cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Interface Comunicação Saúde Educação*, 19(52), 33-44.
- Bragé, É. G., Ribeiro, L. D. S., Rocha, D. G. D., Ramos, D. B., Vrech, L. R. & Lacchini, A. J. B. (2020). Perfil de internações psiquiátricas femininas: uma análise crítica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 3(69), 165-170. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/cxysQDvZYf9QqM6TckK5FHt/?format=html>
- Brasil. (1903). Decreto 1.132 de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. Rio de Janeiro, RJ. *Diário Oficial da União*. Recuperado a partir de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>
- Brasil. (1934). Decreto 24.559 de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, assistência e proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psychiatricos e dá outras providencias. Rio de Janeiro, RJ. *Diário Oficial da União*. Recuperado a partir de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>
- Brasil. (1988) Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília. Recuperado a partir de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
- Brasil. (1996). *Normas Operacionais Básicas/1996*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado a partir de <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#:~:text=A%20NOB%2096%20%C3%A9%20decorrente,e%20de%20todos%20os%20brasileiros.>

- Brasil. (2001). *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01*. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado a partir de <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf>
- Brasil. (2002). *Legislação em saúde mental 1990-2002*/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. (3a. ed.) Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado a partir de <https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/legislacaosaudemental2002completa.pdf>
- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília-DF: OPAS.
- Brasil. (2006). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília Ministério da Saúde. Recuperado a partir de <https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>
- Brasil. (2008). Decreto 2.495 de 21 de janeiro de 2008. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Municipal de Saúde – CMS e dá outras providências. Rio Branco, RB. *Prefeitura de Rio Branco/AC*. Recuperado a partir de <https://leismunicipais.com.br/a1/ac/r/rio-branco/decreto/2008/249/2495/decreto-n-2495-2008-dispoe-sobre-a-organizacao-as-atribuicoes-e-o-processo-eleitoral-do-conselho-municipal-de-saude-cms-e-da-outras-providencias>
- Brasil. (2011) SAS/Dapes. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 09, Ano VI, nº 9*. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado a partir de www.saude.gov.br/bvs/saudementa
- Brasil. (2015) SAS/Dapes. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12*. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado a partir de www.saude.gov.br/bvs/saudementa
- Brasil. (2016). Emenda Constitucional n. 95 de 16 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF. *Diário Oficial da União*. Recuperado a partir de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm
- Brasil. (2019a). *Portal Estratégia e-SUS Atenção Primária*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado a partir de <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>
- Brasil. (2019b). Decreto 9.761 de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília. DF. *Diário Oficial da União*. Recuperado a partir de <https://www.in.gov.br/materia/>

[/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137357/doi-e-2019-04-11-decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316](https://asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137357/doi-e-2019-04-11-decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316)

- Brum, A. L. D. O. (2015). *Loucos ou criminosos? Uma análise do discurso de pessoas submetidas a medida de segurança*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal de Rondônia. Recuperado a partir de <https://core.ac.uk/download/pdf/294854212.pdf>
- Brzozowski, F. S. & Caponi, S. (2017). Representações da mídia escrita/digital para o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade no Brasil (2010 a 2014). *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27, 959-980. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/physis/a/FGgDXzWhpW5qy4rMpxwcjXg/abstract/?lang=pt>
- Buss, P. M. & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, 17(1), pp. 77-93. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2022. Indicadores – Leitos. Brasília. Recuperado a partir de <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>
- Campos, F. A. A. C. & Feitosa, F. B. (2017). Elaboração de um protocolo para o diagnóstico da depressão. *Enfermeria: cuidados humanizados*, 6(2), 20-32. Recuperado a partir de <https://dx.doi.org/10.22235/ech.v6i2.1462>
- Campos, L. F. de L. (2015). *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Psicologia*. (5a ed.). Campinas, SP: Alínea.
- Cândido, A. (2011). O Direito à Literatura. In Cândido, A. *Vários Escritos*. (5a ed.). Rio de Janeiro: Ouro sobre Azul. (Trabalho original publicado em 1988).
- Cardoso, M. R. D. O., Oliveira, P. D. T. R. D. & Piani, P. P. F. (2016). Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do Estado do Pará. *Saúde em Debate*, 40(109), 86-99. Recuperado a partir de https://scholar.google.com/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=pr%C3%A1ticas+de+cuidado+em+sa%C3%BAd+mental+na+voz+d+os+usu%C3%A1rios+de+um+centro+de+aten%C3%A7%C3%A3o+psicosocial+do+estado+do+para&btnG=
- Carpiniello, B., Girau, R. & Orrù, M. G. (2007). Mass-media, violence and mental illness. Evidence from some Italian newspapers. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 16(3), 251-255. Recuperado a partir de <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/massmedia-violence-and-mental-illness-evidence-from-some-italian-newspapers/66BDC72D4C00CADA0DDEE8BDD2372753>
- Carneiro, E. D. A. (2014). *“A fundação do Acre”: um estudo sobre comemorações cívicas e abusos da história*. [Tese de Doutorado] Universidade de São Paulo. Recuperado a partir de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-15012015-174321/en.php>

- Carvalho, A. I. D. (1998). Os Conselhos de Saúde, participação social e reforma do Estado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3, 23-25. Recuperado a partir de https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v3n1/1413-8123-csc-03-01-0023.pdf
- Carvalho, D. B. D. & Yamamoto, O. H. (2002). Psicologia e políticas públicas de saúde: anotações para uma análise da experiência brasileira. *Psicologia para América Latina*, 1-8. Recuperado a partir de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2002000100002&lng=pt&tlng=
- Carvalho, K. B. (2018). *A família do doente mental no enfrentamento do surto psicótico*. (Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade Estadual do Amazonas). Recuperado a partir de <http://repositorioinstitucional.uea.edu.br/handle/riuea/1019>
- Cavaca, A. G. (2015). *Doenças midiaticamente negligenciadas: cobertura e invisibilidade de temas sobre saúde na mídia impressa*. [Tese de Doutorado] Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Recuperado a partir de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/12840>
- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. trad., Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Castro-Santos, L. A. D. & Figueiredo, R. É. D. D. (2012). Belisário Penna, combatente: um capítulo da história da saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, 21, 848-857. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PGLDt7KpFVpftCZ84RsdwJ/abstract/?lang=pt>
- Cazuza; Brandão, Arnaldo. (1988). O tempo não para. In Cazuza. O tempo não para. Rio de Janeiro: PolyGram Universal Music. Lado B, faixa.
- Cerqueira, D., Ferreira, H. & Bueno, S. (2021). *Atlas da Violência 2021*. São Paulo, SP: FBSP. Recuperado a partir de <http://34.71.8.110/xmlui/bitstream/handle/123456789/271/atlas-da-violencia-2021.pdf?sequence=1>
- Como se livrar de indesejável (1980, 28 de abril a 04 de maio). *O Jornal*. Recuperado a partir de <http://memoria.bn.br/DocReader/764809/2317>
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 18(1), 209-232. Recuperado a partir de <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
- Conselho Federal de Psicologia. (2018). Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017*. Brasília, DF: CFP. Recuperado a partir de <https://site.cfp.org.br/wp->

content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf

- Conselho Federal de Psicologia. (2020). Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Conselho Nacional do Ministério Público; Ministério Público do Trabalho. *Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional*. Brasília, DF: CFP. Recuperado a partir de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospPsiqu-Contracapa-Final_v2Web.pdf
- Conselho Municipal de Saúde (1991). *Regimento Interno* – instituído e regulamentado pela lei Municipal nº 964 de 8 de outubro de 1991, alterada pela Lei Municipal nº 2.024 de 13 de dezembro de 2013. Rio Branco, Acre: Secretaria Municipal de Saúde.
- Correia, K. de C.; Batista, I. & Lofego, J. (2018). Análise da imprensa no contexto da saúde mental no Acre: identificando discursos e modelos de cuidado. Trabalho apresentado no *Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação-XVII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Norte* (pp.1-9). Vilhena, RO. Recuperado a partir de <https://portalintercom.org.br/anais/norte2018/resumos/R59-0135-1.pdf>.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Gracia, G., Slopen, N., Rasinski, K. & Hall, L. L. (2005). Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatric services*, 56(5), p. 551-556. Recuperado a partir de <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.56.5.551>
- Cortes, S. M. V. (1998). Conselhos Municipais de Saúde: avaliações otimistas e pessimistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3, 33-35. Recuperado a partir de <https://www.scielo.org/article/csc/1998.v3n1/33-35/pt/>
- Cortes, S. M. V. (2002). Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/soc/a/Rck3yWYbnygS4cjXSQG8r3d/abstract/?lang=pt>
- Costa, B. C. D. (2015). *Análise da efetividade das decisões judiciais de medida de segurança na modalidade de internação no estado do Tocantins*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal do Tocantins). Recuperado a partir de <http://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/76>
- Costa, D. F. C. D. & Paulon, S. M. (2012). Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde em debate*, 36(95), 572-582. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qCDJt4SkL9wfbvppqPs8LH/?format=pdf&lang=pt>
- Costa, J. F. (1989). *História da psiquiatria no Brasil*. (4a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Xenon.
- Costa, M. L. (2019). Mídia, Preconceito e Adoecimento Mental: Contribuições da Hermenêutica Gadameriana - Um Ensaio a partir da obra “Verdade e Método” de Hans-Georg Gadamer. *Revista Comunicação, Cultura e Sociedade*, 6(2), 051-078. Recuperado a partir de <https://periodicos2.unemat.br/index.php/ccs/article/view/4430>

- Costa-Rosa, A. D. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In Amarante, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Costa, V. D.; Ohara, T. & Boarini, M. L. (2019). O Cuidado em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no Estado do Paraná: garantia de direito à saúde ou práticas de punição?. IV Congresso Internacional de Saúde Mental. VI Congresso de Psicologia da Região Centro-Sul do Paraná. III Mostra de Práticas de Atenção Psicossocial. Irati, PR. Recuperado a partir de <https://evento.unicentro.br/anais/cis>
- Cunha, M. C. P. (1986). O Outro Lado do Espelho. In Cunha, M.C. P. *O Espelho do Mundo: Juquery a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Cunha, S. C. D. P. (2014). *Análise psicodinâmica do trabalho em um centro de atenção psicossocial no Amazonas*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal do Amazonas). Recuperado a partir de <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/4714>
- Cruz, N. F. D. O., Gonçalves, R. W. & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da Reforma psiquiátrica: o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, educação e saúde*, 18(3), 1-20. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/?format=html>
- Czapski, A. R. S. & Lopes, E. C. (2016). O tratamento do dependente químico na política de saúde mental: realidade de Palmas - TO. *Humanidades & Inovação*, 3(1), 98-115. Recuperado a partir de <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/124>
- Delgado, P. G. G. (1987). Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com apêndice sobre a questão dos crônicos). In Tundis, S. A. & Costa, N. do R. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. (pp. 171-202). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Delgado, P. G. G. (2011). Democracia e Reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4.701-4.706. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/csc/a/xMHY84XFW9QTNhMhdc45HFt/?format=pdf&lang=pt>
- Desinstitute; Weber, Renata (org.). (2021). *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01*. Brasília: [s.n.].
- Diefenbach, D. L. & West, M. D. (2007). Television and attitudes toward mental health issues: Cultivation analysis and the third-person effect. *Journal of community psychology*, 35(2), 181-195. Recuperado a partir de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jcop.20142>
- Dimenstein, M., Leite, J., Macedo, J. P. & Dantas, C. (2017). Condições de vida e saúde mental em contextos rurais. *Serviço Social e Saúde*, 16(1), 151-158. Recuperado a partir de <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8651478>

- Diniz, D. (2013). *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011*. Brasília, DF: Letras Livres - Universidade de Brasília.
- Eidt, L.M. (2004). Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e a sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, 13(2), 76-88. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nXWpzPJ5pfHMDmKZBqkSZMx/abstract/?lang=pt>
- Euclides, da Cunha. (1967). *À margem da história*. Portugal/Lisboa: Editora Lello Brasileira.
- Esquizofrenia de Genivaldo Santos, morto durante operação da PRF, já havia sido comprovada em processo judicial. (2022, 31 de maio). *Portal G1 globo Sergipe*. Recuperado a partir de <https://g1.globo.com/se/sergipe/noticia/2022/05/31/esquizofrenia-de-genivaldo-santos-morto-durante-operacao-da-prf-ja-havia-sido-comprovada-em-processo-judicial.ghtml>
- “Estamos bebendo água de torneira”, diz servidor do hospital de saúde mental do Acre. (2019, 18 de agosto). *ac24horas*. Recuperado a partir de <https://ac24horas.com/2019/08/18/estamos-bebendo-agua-de-torneira-diz-servidor-do-hospital-de-saude-mental-do-acre/>
- Ferro, L. F. (2016). Fortalecimento do controle social em saúde mental: estratégias e possibilidades. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 24(3). Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/1be0/1040c8566b62e7dd4d94a1b6c925a13a84e1.pdf>
- Fernandes, D. A. A., Ferreira, N. S. & Castro, J. G. D. (2016). Perfil epidemiológico das tentativas de suicídio em Palmas-Tocantins de 2010 a 2014. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 10(4), p.09-23. Recuperado a partir de <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2016>
- Ferreira, E. (2020, 22 de setembro). Acre recebe R\$2,7 milhões para tratar Saúde Mental em pacientes pós-Covid-19. *ac24horas*. Recuperado a partir de <https://www.ac24horas.com/2020/09/22/acre-recebe-r-27-milhoes-para-tratar-saude-mental-em-pacientes-pos-covid-19/>
- Ferreira, T. de F. (2006). *A Reforma psiquiátrica da Florestania no Contexto da Reforma psiquiátrica Brasileira*. Rio Branco, AC: Edufac.
- Ferrazza, D. D. A., Luzio, C. A., Rocha, L. C. D. & Sanches, R. R. (2010). A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. *Paideia*, 20(47), 381-390. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/paideia/a/rBKkcPdYXZ5nTJMXB4FSBCy/?format=pdf&lang=pt>
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2021). *Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil*. 3a ed. Recuperado a partir de <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf>
- Foucault, M. (2005). *História da Loucura: na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1961).

- Frazzatto, C. F. & Beltrame, M. M. (2019). Eugenia e esterilização: o tortuoso caminho para a assistência em serviços abertos de saúde mental. In Boarini, M. L. (Org.). *A busca da perfeição: o ideário eugenista em pauta*. (pp. 207-231). Maringá: Eduem.
- Freitas, F. & Amarante, P. (2017). *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Fugencio, C. (2016). Sindicato denuncia falta de remédios e alimentos no hosmac, em Rio Branco. *Portal G1 globo Acre*, 16 de dezembro. Recuperado a partir de <http://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2016/12/sindicato-denuncia-falta-de-remedios-e-alimentos-no-hosmac-em-rio-branco.html>
- Gadelha, A. (2019). Para superar depressão, jovem vende artesanatos feitos por pacientes de Caps no AC. *Portal G1 globo Acre*, 27 de junho. Recuperado a partir de <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2019/06/27/para-superar-depressao-jovem-cria-grupo-e-vende-artesanatos-feitos-por-pacientes-de-caps-no-ac.ghtml>
- Gama, C. A. P. D., Campos, R. T. O. & Ferrer, A. L. (2014). Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(1), 69-84. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/rllpf/a/Lz5jfWb83DWPs7prFwC4XXL/?format=pdf&lang=pt>
- Gastal, F. L., Andreoli, S. B., Quintana, M. I. S., Gameiro, M. A., Leite, S. O. & McGrath, J. (2000). Fatores preditores do fenômeno de reinternações de pacientes esquizofrênicos, com transtorno afetivo e psicose não orgânica. *Revista de Saúde Pública*, 34(3), 280-285. Recuperado a partir de <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/25018>
- Goffman, E. (2015). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. (4a ed.) Rio de Janeiro: LTC. (Trabalho original publicado em 1982).
- Gomes, E. R. B. & Brilhante, A. V. M. (2021). Contações femininas: gênero e percepções de mulheres dependentes químicas. *Saúde e Sociedade*, 30(4), 1-11. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CFb79DHtbgB4JYxddVDshwg/abstract/?lang=pt>
- Gomes, M. L. P., da Silva, J. C. B. & Batista, E. C. (2018). Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. *Revista Psicologia e Saúde*, 10(1), 3-17. Recuperado a partir de <https://www.redalyc.org/journal/6098/609863939001/609863939001.pdf>
- Guareschi, P. A. (2012). Temas atuais em psicologia social. *Barbarói*, p.6-18. Recuperado a partir de https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:iPE7EKG1VhcJ:scholar.google.com/+guareschi+poder+m%C3%ADdia+2012&hl=pt-BR&as_sdt=0,5
- Guarniero, F. B., Bellinghini, R. H. & Gattaz, W. F. (2012). O estigma da esquizofrenia na mídia: um levantamento de notícias publicadas em veículos brasileiros de grande circulação. *Archives of Clinical Psychiatry*, 39(3), 80-84. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/rpc/a/HQJyjhds6cD3CtsFLhGKPfL/?format=pdf&lang=pt>

- Guizardi, F. L. (2009). Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. *Trabalho, educação e saúde*, 7, 9-34. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/tes/a/p4nKQbqd5qt56sfsbCGfjyz/abstract/?lang=pt>
- Grupo de Estudos e Pesquisas Higiene Mental e Eugenia – Gephe. (2022). <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe>
- Hirdes, A. (2009). A Reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & saúde coletiva*, 14(1), 297-305. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXXKF9mkPwxfk9HXvfl39Nf/?format=pdf&lang=pt>
- Hosmac é o exemplo do caos que se tornou a saúde pública do Acre. (2019, 20 de maio). *ac24horas*. Recuperado a partir de <https://www.ac24horas.com/2019/05/20/hosmac-e-o-exemplo-do-caos-que-se-tornou-a-saude-publica-do-acre/>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2021). Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua. Rio de Janeiro: *IBGE - Coordenação de Trabalho e Rendimento*. Recuperado a partir de <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ac/.html>
- Ingeriu 617 comprimidos e morreu no OS. (1983). *Diário do Acre*, 23 de março. Recuperado a partir de <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=764701&Pesq=loucura&pagfis=1523>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): base de dados Portal do IBGE (2019). Recuperado a partir de <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ac/.html?>
- Jácome, J. R. (2017). Hospital de Saúde Mental do Acre não faz agendamento de consultas há quase um mês. *ac24horas*, 11 de outubro. Recuperado a partir de <https://ac24horas.com/2017/10/11/hospital-de-saude-mental-nao-faz-agendamento-de-consultas-ha-quase-um-mes/>
- Joia, J. H. (2014). *As Tóxicas Tramas da Abstinência: compulsoriedades nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social*. [Dissertação de Mestrado]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Klein, E. P. (2002). *História da Saúde Pública do Acre*. Rio Branco, AC: Fundação Elias Mansour.
- Klein, E. P. (2010). *As relações intergovernamentais na implantação da política de saúde no Estado do Acre de 1990 até 2008* [Tese de Doutorado] Universidade de São Paulo. Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-28102010-160357/en.php>
- Klein, E. P. & Zioni, F. (2013). A coordenação política das relações intergovernamentais no sistema único de saúde do Acre de 1990 até 2008. 37(3), 597- 617. *Rev. baiana de saúde pública*. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n3/a4463.pdf>

- Klein, E. P. & Zioni, F. (2015). *Saúde Pública no Território Federal do Acre e as Relações Intergovernamentais no Sistema Único de Saúde do Estado do Acre (1990 a 2008)*. Belém, PA: PaKa-Tatu.
- Klin, A. & Lemish, D. (2008). Mental disorders stigma in the media: Review of studies on production, content, and influences. *Journal of health communication*, 13(5), 434-449. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10810730802198813>
- Kohen, D. (2001). Atendimento psiquiátrico para mulheres. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(5), 328-334. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/psychiatric-services-for-women/8802CEBCB94A23EB4B1F8D9E69E0ACAA>
- Lefèvre, F. (1999). A saúde como fato coletivo. *Saúde e Sociedade*. 8, 83-91. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/sausoc/1999.v8n2/83-91/pt/>
- Lara, A. P. M. & Volpe, F. M., (2019). Evolução do perfil das internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2001-2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 659-668. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csc/a/VQrTMz3pR5L4z85QnQ77Xxy/abstract/?lang=pt>
- Lakatos, E. M.; Marconi, M. A. (2010). *Fundamentos de metodologia científica* (7a. ed.). São Paulo, SP: Atlas.
- Leal, O.; Cadorin, E.; Angel, D. & Rodrigues Jr, A. (2013). O percurso da saúde pública em Rio Branco: sede do Departamento do Alto Acre à capital do Estado do Acre. pp. 113-135. In Pinheiro, R.; Silveira, R.; Lofego, J.; Leal, O.; Guizardi, F. (Org.). *Apoiando a gestão do SUS em Rio Branco – Acre: a estratégia da incubadora de integralidade no desenvolvimento institucional*. Rio de Janeiro, RJ: Cepesc/IMS/UERJ/Abrasco. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-3611>
- Lei nº 5.433, de 8 de maio de 1968. Regula a microfilmagem de documentos oficiais e dá outras providências. 1968. *Diário Oficial da União*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15433.htm
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. *Diário Oficial da União*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- Lei nº 8.069, de 13 de julho 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. 1990. *Diário Oficial da União*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm
- Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de

recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990. *Diário Oficial da União*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm

Lei nº 964, de 8 de outubro de 1991. Institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. 1991. *Prefeitura Municipal de Rio Branco, AC*. Recuperado de <https://www.legislacaodigital.com.br/Cubatao-SP/LeisOrdinarias/964>

Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Casa Civil- Subchefia de Assuntos Jurídicos. 1996. *Diário Oficial da União*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm

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. Secretaria de Atenção à saúde. 2001. *Diário Oficial da União*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Lei nº. 3.177, de 11 de outubro de 2007. Dispõe sobre a promoção, prevenção, atenção e reabilitação do cidadão portador de dano e sofrimento psíquico, e dá outras providências. 2007. *Diário Oficial do Estado do Amazonas*. Recuperado: <https://sapl.al.am.leg.br/norma/7632>

Lei nº 1.922, de 18 de julho de 2012. Institui o Programa Municipal de Incentivo às Instituições que prestem serviços de Atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, no município de Rio Branco e dá outras providências. 2012. *Diário Oficial do Estado do Acre*. Recuperado de <https://www.riobranco.ac.leg.br/leis/legislacao-municipal/2012/1922.pdf>

Lei Complementar nº 141, 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Casa Civil– Subchefia de Assuntos Jurídicos. *Diário Oficial da União*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm

Lei nº 2.024, 13 de dezembro de 2013. Dispões sobre o Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco-Acre. *Prefeitura do Município de Rio Branco*. Recuperado de <https://www.riobranco.ac.leg.br/leis/legislacao-municipal/2013/2024.pdf>

Lei nº 13.146, 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Secretaria – Geral- Subchefia de Assuntos Jurídicos. *Diário Oficial da União*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm

Lei nº 3112, 29 de dezembro de 2015. Dispõe sobre a identificação, o diagnóstico, acompanhamento integral e atendimento educacional escolar para estudantes da

educação básica com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade - TDAH. *Governo do Estado do Acre*. Recuperado de <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=314619>

Lessa, S. (2013). *Capital e Estado de Bem-estar: o caráter de classe das Políticas Públicas*. São Paulo, SP: Instituto Lukács.

Louco apronta no centro. (1982). *Diário do Acre*, 17 de julho. Recuperado de <http://memoria.bn.br/DocReader/764701/431>

Louco tarado agride estudante na via pública. (1982). *Diário do Acre*, 8 de outubro. Recuperado de <http://memoria.bn.br/DocReader/764701/859>

Lopes Neto, D. L., Vieira, H. W. D., Arruda, A. T. & Farina, H. D. A. D. (2009). Atenção à saúde mental no Amazonas, Brasil: um olhar sobre os centros de atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 1(2), 15-30. Recuperado a partir de <http://stat.cbsm.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1124>.

Ludermir, A. B. (2008). Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18, 451-467. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/physis/a/VDqwQWys6Jyv6z6DdcbHtq/abstract/?lang=pt>

Luz, P. C. C. (2011). *Percepções de adolescentes de escola pública e de escola privada na cidade de Belém-PA acerca de saúde e doença mental*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal do Pará. Recuperado a partir de <http://repositorio.ufpa.br/handle/2011/5359>

Luzio, C. A. & Yasui, S. (2010). Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Psicologia em estudo*, 15, 17-26. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/pe/a/kMBL9LPftHsJZCs5H5Vhpr/abstract/?lang=pt>

Luzio, C. A. (2011). Atenção Psicossocial: Reflexões sobre a Reforma Psiquiátrica e o cuidado em saúde mental no Brasil. In Boarini, M. L. (Org.). *Desafios na atenção à saúde mental*. (2a ed.) (pp. 145-174). Maringá, PR: Eduem.

Machado, A. L. (2004). Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9, p. 483-491. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/csc/a/jGP7PFyWFhqMgpkm3nB9PZN/abstract/?lang=pt>

Machado, V. & dos Santos, M. A. (2013). Vivências familiares de pacientes com reinternação psiquiátrica. *Aletheia*, 40, 111-119. Recuperado a partir de <https://www.redalyc.org/pdf/1150/115028988010.pdf>

Marques, P. R. T. (2018). *Avaliação da estrutura e processo dos Centros de Atenção Psicossocial I - da região de saúde Ilha do Bananal, Tocantins*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal do Tocantins. Recuperado a partir de <http://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/1106>

- Marrucci, F. (2007). As construções discursivas dos sentidos da loucura na mídia impressa depois da Lei da Reforma psiquiátrica no Brasil. *Revista Eco-Pós*, 10(1), 180-197. Recuperado a partir de https://revistaecopos.eco.ufrj.br/eco_pos/article/view/1048
- Martins, J. (1983). “Porões da Loucura?” - O Hospital distrital de Rio Branco. *Diário do Acre*, 20 de fevereiro. Recuperado a partir de: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=764701&Pesq=loucura&pagfis=137>
- Martins, H. L. (1985). *A revolta dos Marinheiros - 1910*. Rio de Janeiro: Imprensa Naval.
- Mascaro, A. L. (2013). *Estado e forma política*. São Paulo, SP: Boitempo.
- Matos, D. J. & de Almeida, C. R. (2017). As internações sem consentimento de usuários de drogas no estado do Tocantins. *Vertentes do Direito*, 4(2), 134-167. Recuperado a partir de <https://betas.uft.edu.br/periodicos/index.php/direito/article/view/4138>
- Meira, C. (1981). Estória mal contada. *O Jornal*, 29 de junho a 5 de julho. Recuperado a partir de <http://memoria.bn.br/DocReader/764809/2485>
- Melo Neto, J. C. de. (1966/1994). A educação pela pedra. In Melo Neto, J. C. de. *Obra completa*: volume único. Org. Marly de Oliveira. Rio de Janeiro, RJ: Nova Aguilar.
- Melo, Q. (2017). MP denuncia falta de estrutura em Hospital de Saúde Mental no Acre. *Portal G1 globo Acre*, 10 de janeiro. Recuperado a partir de <http://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2017/01/mp-denuncia-falta-de-estrutura-em-hospital-de-saude-mental-no-acre.html>
- Melo, M. C. A., Albuquerque, S. G. C., Luz, J. H. S., Quental, P. T. D. L. F., Sampaio, A. M. & Lima, A. B. (2015). Perfil clínico e psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos no Estado do Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 343-352. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/csc/a/d6KWdHtHSnjj6S4ZmzMy8qhz/abstract/?lang=pt>
- Mendes, L. (2015). Paciente reclama de falta de remédios em único hospital psiquiátrico do Acre. *Portal G1 globo Acre*, 4 de julho. Recuperado de <http://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2015/07/paciente-reclama-de-falta-de-remedios-em-unico-hospital-psiquiatrico-do-acre.html>
- Mendonça, A. V. M., Sousa, M. F., Renaud, L. & de Sousa, J. K. L. L. (2021). Mídia e cultura jornalística na comunicação em saúde. *Tempus-Actas de Saúde Coletiva*, 14(2), Recuperado de <https://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2852>
- Mesquita inaugura Hospitais. (1978). *O Jornal*, 6 de novembro. Recuperado de: <http://memoria.bn.br/DocReader/764809/1048>
- Ministério da Saúde. (2000). *Portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000*. Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Brasília, DF: Ministério da

Saúde. Recuperado a partir de https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/106_0.pdf

Ministério da Saúde. (2002). *Portaria 336* de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial e suas modalidades. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Recuperado a partir de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

Ministério da Saúde. (2011). *Portaria 3.088* de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Ministério da Saúde. Recuperado a partir de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Ministério da Saúde. (2012). *Portaria 148* de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Recuperado a partir de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html

Ministério da Saúde. (2016). *Portaria 1.482* de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES o tipo 83 – Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Recuperado a partir de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html#:~:text=Inclui%20na%20Tabela%20de%20Tipos,Agravos%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde

Ministério da Saúde. (2017a). *Portaria 3.588* de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Recuperado a partir de <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/portaria3588.pdf>

Ministério da Saúde. (2017b). *Portaria 344* de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Recuperado a partir de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html

Ministério da Saúde. (2017c). *Portaria 3.992* de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Recuperado a partir de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html

Ministério da Saúde. (2018). *Portaria 2.434* de 15 de agosto de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das

diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação em Hospitais Psiquiátricos. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Recuperado a partir de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html

Ministério da Saúde. (2018). *Portaria 544* de 7 de maio de 2018. Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Recuperado a partir de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/prt0544_20_06_2018.html

Ministério da Saúde. (2019) *Nota Técnica nº 11* - “Nova Saúde Mental”, publicada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde em fev. 2019. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado a partir de <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>.

Ministério Público do Estado do Acre emite nota sobre alterações na Política Nacional de Saúde Mental. (2017). *Ac24horas*. Recuperado a partir de <https://ac24horas.com/2017/12/15/ministerio-publico-do-acre-emite-nota-sobre-alteracoes-na-politica-nacional-de-saude-mental/>

Ministério Público do Estado do Acre. (2018). *Relatório Estadual – Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac) Inspeção Nacional em Hospitais Psiquiátricos* Rio Branco, Acre: Ministério Público do Estado do Acre.

Miranda, P. O. D., Souza, O. F. D. & Ferreira, T. D. F. (2014). Avaliação da satisfação dos pacientes e familiares em um serviço de saúde mental na cidade de Rio Branco, Acre. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), p. 332-340. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/ZLLYfmTXw7vVFVWktjry4SQ/abstract/?lang=pt>

Moreira, M. R. & Escorel, S. (2009). Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), pp. 795-806. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/csc/a/pgVkJGZVkhNkVssbbRtZbwVC/?format=pdf&lang=pt>

Morte de Mário causa polêmica sobre Daime (1985). *Repique*. 4 a 11 de fevereiro Recuperado a partir de <http://memoria.bn.br/DocReader/764655/95>

Moretti-Pires, R. O. & Corradi-Webster, C. M. (2011). Implementação de intervenções breves para uso problemático de álcool na atenção primária, em um contexto amazônico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(SPE), 813-820. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/wp3wRLPvFNzT7M6jdVsj5MJ/?format=pdf&lang=pt>

Mota, J. P. da. (2012). *Saúde mental: a roda viva da política pública do Estado do Pará*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal do Pará. Recuperado a partir de <http://repositorio.ufpa.br/handle/2011/3276>

Motorista tarado violenta doente mental. (1982). *Diário do Acre*. 9 de setembro. Recuperado a partir de <http://memoria.bn.br/DocReader/764701/699>

- Moura, R. H. de. (2008). *Saúde da Família: (des)encontros históricos da família brasileira com higiene mental (1920–1940)*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Estadual de Maringá. Recuperado a partir de www.ppi.uem.br/gephe.
- Muniz, P. L., Nogueira, M. I.; & Guljor, A. P. (2014). O fenômeno *revolving door*: um desafio à Reforma psiquiátrica. *Diversitates International Journal*, 6(2), 29-46. Recuperado a partir de <http://diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/69>
- Muniz, T. (2019). No AC, governo estuda acabar com Hospital de Saúde mental e reforçar Caps: “Vai ter que mudar”. *Portal G1 Acre*, 25 de abril. Recuperado a partir de <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2019/04/25/no-ac-governo-estuda-acabar-com-hospital-de-saude-mental-e-reforcar-caps-vai-ter-que-mudar.ghtml>
- Muniz, T. (2019). Com repasse de R\$3 milhões para investir em Saúde Mental, Ac usou só R\$ 888 mil em 2017, aponta CGU. *Portal G1 globo Acre*, 14 de agosto. Recuperado a partir de <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2019/08/14/com-repasse-de-r-3-milhoes-para-investir-em-saude-mental-ac-usou-so-r-888-mil-em-2017-aponta-cgu.ghtml>
- Muniz, T. (2020). Defesa alega insanidade mental de jovem que matou mulher com 45 facadas e padrasto no AC. *Portal G1 globo Acre*, 9 de abril. Recuperado a partir de <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2020/04/09/defesa-alega-insanidade-mental-de-jovem-que-matou-mulher-com-45-facadas-e-padrasto-no-ac.ghtml>
- Nascimento, A. (2019a). Servidores e pacientes do Hosmac protestam por melhorias e permanência de diretor. *Portal G1 globo Acre*, 19 de agosto. Recuperado a partir de <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2019/08/19/servidores-e-pacientes-do-hosmac-protestam-por-melhorias-e-permanencia-de-diretor.ghtml>
- Nascimento, A. (2019b). Homem que matou a irmã a tesouradas é condenado a mais de 10 anos de prisão no AC. *Portal G1 globo Acre*, 27 de agosto. Recuperado a partir de <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2019/08/27/homem-que-matou-a-irma-a-tesouradas-e-condenado-a-mais-de-10-anos-de-prisao-no-ac.ghtml>
- Nascimento, J. P. G. D. (2014). *Só tenho vontade de dormir, mas também pra que acordar?: A história de vida de pessoas institucionalizadas em um hospital-um passado ainda presente*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal de Rondônia. Recuperado a partir de <https://ri.unir.br/jspui/handle/123456789/1784>
- Nascimento, R. V. C. D. (2015). *Trabalho precarizado e transtorno mental: a visão dos profissionais de um CAPS de Belém-PA*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal do Pará. Recuperado a partir de <http://repositorio.ufpa.br/handle/2011/8671>
- Navarro, R. M. (2015). *A história da Política de Saúde Mental do Amazonas: a Reforma psiquiátrica e sua estruturação*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal do Amazonas. Recuperado a partir de <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/4837>

- Neves, MVS. (2011). Acre - Esfinge Amazônica. In Moreira, P. & Macrae, E. *Eu venho de longe: mestre Irineu e seus companheiros*. (pp. 25-35). Salvador: Edufba Recuperado a partir de <http://books.scielo.org>
- Nicácio, F. (1989). Da instituição negada à instituição negada. In Lancetti, A. (Org.). *Saúde Loucura número 1*. (3a ed.) (pp. 91-108). São Paulo, SP: Hucitec.
- Nisiide, A. C. B. (2020). *Reclames ao Judiciário: o caso da saúde mental*. [Tese de Doutorado] Universidade Estadual de Maringá. Recuperado a partir de <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/pesquisa/teses>
- Nóbrega, M. D. P. S. & Oliveira, E. M. D. (2005). Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, 39, 816-823. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SLtSd6ZhqtzTsWgG4qBmzmf/?format=html&lang=pt>
- Oliva, C. C. C. (2018). *Satisfação profissional e sintomas depressivos em profissionais da saúde de um hospital universitário de Manaus: estudo transversal*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal do Amazonas. Recuperado a partir de <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/6610>
- Oliveira, L. (2016). Com capacidade para 16 presos, ala psiquiátrica de presídio é inaugurada. *Portal G1 globo Acre*, 19 de março. Recuperado a partir de <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2016/03/com-capacidade-para-16-presos-ala-psiquiatrica-de-presidio-e-inaugurada.html>
- Oliveira, M. G. P. N. D. (2009). *Consultório de rua: relato de experiência*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal da Bahia. Recuperado a partir de <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/10405>
- Oliveira, V. de C. (2000). Media communication and the single healthcare system. In Fundação UNI – Botucatu/Unesp (Org.). *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 4(7), 71-80. Botucatu: Fundação UNI. Recuperado a partir de <https://interface.org.br/edicoes/v-4-n-7-ago-2000/>
- Organização PanAmericana de Saúde – OPAS; Organização Mundial de Saúde. (1990). *Declaração de Caracas*. Recuperado a partir de <http://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/12>
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (2009). *Integração da Saúde Mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. Recuperado de https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf?ua=1
- Paim, J. S. (2008). *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Pande, M. N. R. & Amarante, P. D. D. C. (2017). *Whitaker, R. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio

- de Janeiro: Fiocruz. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QhjQRcMMXgkD5cs4QFYZpzk/?lang=en>
- Pena, J. L. C. da. (2017). *A internação psiquiátrica compulsória e involuntária: aspectos técnicos e éticos*. [Tese de Doutorado] Universidade de São Paulo. Recuperado a partir de <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-06092017-095338/en.php>>
- Pesavento, S. J. (2003). O mundo como texto: leituras da História e da Literatura. *História da Educação, ASPHE/FaE/UFPel*, 14, 31-45. Recuperado a partir de <https://seer.ufrgs.br/asphe/article/view/30220>
- Pessoa, E. da S.; Oliveira, I. M. J. A. de; Piccoli, J. C.; Yano, L. P.; Dias, M. C. S. (2015). Curso de psicologia da Universidade Federal do Acre: História, situação atual e desafios. *Psicologias*, 1-17. Recuperado a partir de <https://periodicos.ufac.br/index.php/psi/issue/archive>
- Pereira, D. D. S. (2011). *Maternidade e subjetividade feminina no cuidado à pessoa com esquizofrenia: um estudo junguiano*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Rondônia Recuperado a partir de <https://www.ri.unir.br/jspui/handle/123456789/1998>
- Pereira, L. D. S. (2010). *Tecendo os fios da saúde mental em Belém/PA: visibilidade da rede de cuidado*. [Tese de Doutorado] Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado a partir de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/130856>.
- Pimenta, J. (1982). Olho Vivo. *Diário do Acre*. 11 de julho Recuperado a partir de <http://memoria.bn.br/DocReader/764701/391>
- Pimenta, J. (1982). Olho Vivo. *Diário do Acre*, 13 de julho. Recuperado a partir de <http://memoria.bn.br/DocReader/764701/398>
- Pingos. (1979). *O Jornal*, 18 de dezembro. Recuperado a partir de <http://memoria.bn.br/DocReader/764809/1163>
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & saúde coletiva*, 16, pp. 4579-4589. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/csc/a/JnBHtt8Q8NNHFHbVw5ww5mC/>
- Polícia não resolve. (1985). *Repiquete*, 21 a 27 de janeiro. Recuperado a partir de <http://memoria.bn.br/DocReader/764655/47>
- Ramos, D. K. R., Guimarães, J. & Enders, B. C. (2011). Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 15, 519-527. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/icse/a/vcrjZw4svdvPgFKBL4ZcCGS/abstract/?lang=pt>
- Raspe, E.R. (1785/2011). *Aventuras do Barão de Münchhausen*. trad. Ana Goldberger – Gustav. São Paulo: Iluminuras.

- Resende, C. C. F. de. (2008). Aspectos legais da internação psiquiátrica de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais. *Revista Igualdade* – Livro XLI - Ano XIV - edição especial. Ministério Público do Estado do Paraná. Recuperado a partir de http://www2.mp.pr.gov.br/cpca/telas/ca_igualdade_37.php
- Resende, H. (1987). Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In Tundis, S.A. & Costa, N. do R. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. (pp. 15-75). Petrópolis: Vozes.
- Resolução 1.331 de 21 de setembro de 1989. (1989). Resolve sobre a manutenção, guarda e substituição por métodos de registro, capazes de assegurar a restauração plena dos prontuários médicos. Brasília, DF. *Diário Oficial da União*. Recuperado a partir de https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1989/1331_1989.pdf
- Resolução 1.639 de 12 de agosto de 2002. (2002). Aprova as normas técnicas para uso de sistemas informatizados para guarda e manuseio do prontuário médico, dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências. Brasília, DF. *Diário Oficial da União*. Recuperado a partir de <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1639>
- Resolução 1.821 de 23 de novembro de 2007. (2007). Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Brasília, DF. *Diário Oficial da União*. Recuperado a partir de <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2007/1821>
- Resolução 2.218 de 29 de novembro de 2018. (2018). Revoga o artigo 10º da Resolução CFM nº 1.821/2007, de 23 de novembro de 2007, que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Brasília, DF. *Diário Oficial da União*. Recuperado a partir de <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2218>
- Resolução 1 de 9 de março de 2018. (2018). O Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Conad) define diretrizes para o “realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas”. Brasília, DF. *Diário Oficial da União*. Recuperado a partir de <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971>
- Resolução 32 de 14 de dezembro de 2017. (2017). Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF. *Diário Oficial da União*. Recuperado a partir de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html
- Resolução 35 de 25 de janeiro de 2018. (2018). Estabelece prazo para manifestação dos gestores que receberam recursos de implantação de serviços de atenção à saúde de média e alta

complexidade e não implantaram e efetivaram o seu funcionamento. Brasília, DF. *Diário Oficial da União*. Recuperado a partir de https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0035_06_02_2018.html#:~:text=Estabelece%20prazo%20para%20manifesta%C3%A7%C3%A3o%20dos,e%20efetivaram%20o%20seu%20funcionamento

Resolução 36 de 25 de janeiro de 2018. (2018). Define o prazo para os gestores enviarem manifestação ao Ministério da Saúde e define suspensão da transferência dos recursos de custeio referente às habilitações de serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade que não estejam em funcionamento ou não apresentem a produção assistencial registrada nos sistemas de informação em saúde considerando as políticas de atenção à saúde. Brasília, DF. *Diário Oficial da União*. Recuperado a partir de https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0036_06_02_2018.html#:~:text=Define%20o%20prazo%20para%20os,a%20produ%C3%A7%C3%A3o%20assistencial%20registrada%20nos

Rocha, D. D. S. (2014). *O Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco como espaço de participação social e promoção da saúde*. [Tese de Doutorado] Universidade de São Paulo. Recuperado a partir de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-11062014-163146/en.php>

Rodrigues, A. T. D. A. (2018). *Compreensão dos profissionais da saúde mental do município de Palmas/TO quanto aos desafios da assistência*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal do Tocantins. Recuperado a partir de <http://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/1106>

Rodrigues, I. (2020). Homem que matou o filho de 5 anos com facada no pescoço vai fazer exame de sanidade mental no AC. *Portal G1 globo Acre*, 8 de outubro. Recuperado a partir de <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2020/10/08/homem-que-matou-filho-de-5-anos-com-facada-no-pescoco-vai-fazer-exame-de-sanidade-mental-no-ac.ghtml>

Rodrigues, L. M. (2017). *A execução de medida de segurança na modalidade internação aplicada os inimputáveis por transtornos mentais no estado do Tocantins*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal do Tocantins. Recuperado a partir de <http://umbu.uft.edu.br/handle/11612/461>

Rodrigues, M. R. D. O. (2013). *Com a voz, os usuários: discursos sobre as práticas de cuidado em saúde mental em um CAPS do Estado do Pará*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal do Pará. Recuperado a partir de <http://conferencia2018.redeunida.org.br/ocs2/index.php/13CRU/13CRU/paper/view/1464>

Rose, D. (1998). Television, madness and community care. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 8(3), 213-228. Recuperado a partir de [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/\(SICI\)1099-1298\(199805/06\)8:3%3C213::AID-CASP449%3E3.0.CO;2-C](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/(SICI)1099-1298(199805/06)8:3%3C213::AID-CASP449%3E3.0.CO;2-C)

Rotelli, F. (2019). A instituição inventada. In Nicácio, F. (Org). *Desinstitucionalização*. (2a ed.)(pp. 61-64). São Paulo, SP: Hucitec.

- Rotelli, F.; Leonardis, O. & Mauri, D. (2019). Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma psiquiátrica italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In Nicácio, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. (2a ed.)(pp.17-59). São Paulo, SP: Hucitec.
- Ronzani, T. M. & Furtado, E. F. (2010). Estigma social sobre o uso de álcool. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 59(4), 326-332. Recuperado a partir de https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:Zkenrqrw2XkJ:scholar.google.com/+ronzani+2010&hl=pt-BR&as_sdt=0,5
- Sá, T. N. D. S. (2017). *Avaliação das funções executivas em adictos internados nas comunidades terapêuticas do município de Porto Velho-RO*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal de Rondônia. Recuperado a partir de <https://core.ac.uk/download/pdf/294853933.pdf>
- Salles, M. M. & Barros, S. (2007). Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41, 73-81. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/reusp/a/x6J8mh8nSbXz7hjPWvLYHKg/abstract/?lang=pt>
- Santos, C. F. de & Romanini, M. (2019). A (In) visibilidade de mulheres usuárias de álcool e outras drogas em um CAPS AD III. *PSI Unisc*, 3(2), 84-100. Recuperado a partir de <https://online.unisc.br/seer/index.php/psi/article/view/12972>
- Santos, G. D. & Ferro, L. (2021). Controle social e saúde mental: estudo sobre barreiras e possibilidades para a participação social. *Revista Extensão em Foco*. Curitiba, 84-103. Recuperado a partir de https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=controle+social+e+sa%C3%BAde+mental%3A+estudo+sobre+barreiras+e+possibilidades+para+a+participa%C3%A7%C3%A3o+social&btnG=&btnG=&btnG=
- Santos, Y. F. dos. (2007). *O ambulatório de Saúde Mental no contexto da Reforma psiquiátrica em Natal/RN*. [Dissertação de Mestrado]. Recuperado a partir de <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/17402>
- Saraceno, B. (1996). Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In Pitta, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. pp. 13-26.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis, Revista de saúde coletiva*, 17(1), 29-41. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt>
- Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco. (2020). *Relatório de Gestão*. Rio Branco: Secretaria Municipal de Saúde.
- Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco. (2021). *Relatório de Gestão*. Rio Branco: Secretaria Municipal de Saúde.

- Sena-Ferreira, N., Pessoa, V. F., Boechat-Barros, R., Figueiredo, A. E. B. & Minayo, M. C. D. S. (2014). Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 115-126. Recuperado a partir de https://scholar.google.com/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=fatores+de+risco+relacionados+com+suicidio+em+palmas&btnG
- Serapioni, M. & Romani, O. (2006). Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2.411-2.421. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/csp/a/hrPZ5fydrQ5W4M7yNkdN3Yx/?format=pdf&lang=pt>
- Setembro Amarelo: Rio Branco tem 166 tentativas e 3 suicídios no primeiro semestre. (2020). *ac24horas*, 11 de setembro. Recuperado a partir de <https://ac24horas.com/2020/09/11/setembro-amarelo-rio-branco-tem-160-tentativas-e-3-suicidios-no-primeiro-semester-de-2020/>
- Severo, A. K. & Dimenstein, M. (2011). Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31, 640-655. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/pcp/a/NB46WgNhD6HhbK5YXvYRthh/abstract/?lang=pt>
- Sevcenko, N. (1984). *A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Brasiliense.
- Sieff, E. (2003). Media frames of mental illnesses: The potential impact of negative frames. *Journal of Mental Health*, 12(3), 259-269. Recuperado a partir de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0963823031000118249>
- Silva, A. A. (2015). *Das vidas que não (se) contam: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará*. [Tese de Doutorado] Universidade Católica de São Paulo. Recuperado de <https://repositorio.pucsp.br/bitstream/handle/17130/1/Alyne%20Alvarez%20Silva.pdf>
- Silva, J. P. L. D., Coutinho, E. D. S. & Amarante, P. D. (1999). Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, 505-511. Recuperado a partir de https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v15n3/0489.pdf
- Silva, T. L. D.; Maftum, M. A.; Kalinke, L. P.; Mantovani, M. D. F.; Mathias, T. A. D. F. & Capistrano, F. C. (2014). Perfil de internações hospitalares em unidade psiquiátrica de um hospital geral. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(3), 644-659. Recuperado a partir de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/952>
- Silva, S. P. da. & Oliveira, A. L. de. (2012). Políticas públicas de saúde mental e análise das condições de trabalho dos funcionários de centros de atenção psicossocial do estado do Tocantins. *Revista Cereus*, 4(3), 70-92. Recuperado a partir de <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/377>

- Silva, T. S. D. (2017). *Vivências de trabalhadores da saúde mental de um CAPS de Porto Velho/RO*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal de Rondônia. Recuperado a partir de <https://core.ac.uk/download/pdf/294853821.pdf>
- Silva, F. B. da. (2002). *As raízes do autoritarismo no executivo acreano – 1921/1964*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal de Pernambuco. Recuperado a partir de https://www.academia.edu/30166746/As_raizes_do_autoritarismo_no_executivo_acreano_1921_1964?email_work_card=view-paper
- Silva, F. B. da. (2010). *Acre, a “pátria dos proscritos”*: prisões e desterros para as regiões do Acre em 1904 e 1910. [Tese de Doutorado] Universidade Federal do Paraná. Recuperado a partir de https://www.academia.edu/download/54953661/A_patria_dos_proscritos_-_Bento.pdf
- Silva, F. B. da. (2013). *Acre, a Sibéria Tropical*: desterros para as regiões do Acre em 1904 e 1910. Manaus, AM: UEA Edições.
- Silva, F. B. da. (2020). *Acre, formas de olhar e de narrar*: natureza e história nas ausências. Rio Branco, AC: Nepan.
- Silva, D. R. G. da. (2021). *O (des)encontro da mulher com o álcool e os bons costumes no Brasil do início do século XX*. [Tese de Doutorado] Universidade Estadual de Maringá. Recuperado a partir de <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe>
- Silveira, R. P.; Rebouças, M.; Messias, A. C.; Catalan, X. & Alves, C. (2009). Desinstitucionalização e modelos assistenciais em saúde mental: avaliação na perspectiva da integralidade. (pp. 95-102). In Pinheiro, R. & Martins, P. H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: Abrasco. Recuperado a partir de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-1299>
- Silveira, R. P.; Lofego, J.; Rebouças, M.; Messias, A. C. & Oliveira, P. (2009). Itinerários Terapêuticos: prática avaliativa centrada no usuário de longa permanência do Hospital de Saúde Mental do Acre. (pp. 113-128). In Pinheiro, R. & Martins, P. H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: Abrasco. Recuperado a partir de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-1299>
- Socorro Neri inaugura Caps em Rio Branco. (2018). *Ac24horas*, 6 de novembro. Recuperado a partir de <https://ac24horas.com/2018/11/06/socorro-neri-inaugura-caps-em-rio-branco/>
- Solução. (1983). *Diário do Acre*, 22 de fevereiro. Recuperado a partir de <http://memoria.bn.br/DocReader/764701/1386>
- Solução. (1983). *Diário do Acre*, 22 de março. Recuperado a partir de <http://memoria.bn.br/DocReader/764701/1510>

- Sontag, S. (1984). *A doença como metáfora*. trad., Márcio Ramalho. Rio de Janeiro: Graal.
- Souza, S. R. G. D. (2014). “*Desnervados, desfibrados e amarelos*” em busca de cura: saúde pública no Acre territorial (1904 a 1930). [Tese de Doutorado] Universidade de São Paulo. Recuperado a partir de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-15012015-184237/en.php>
- Souza, M. E. Leal, G. K. S. & Nascimento, L. P. do. (2017). *Dependência química e saúde pública: um estudo com jovens de um bairro periférico no município de Parintins-Amazonas*. [Trabalho de Conclusão de Curso] Universidade Estadual do Amazonas. Recuperado a partir de <http://repositorioinstitucional.uea.edu.br/handle/riuea/773>
- Souza, M. de F., Ferreira, T. de F. & Oliveira, R. D. (2019). Crise do capital e os desafios para o controle social na saúde. *Revista Direitos, Trabalho e Política social*, 5(8), 57-77. Recuperado a partir de <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rdtps/article/view/8876>
- Scarcelli, I. R. (2011). *Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental*. São Paulo: Zagodoni.
- Spolidoro, F. K. (2008). *Avaliação da assistência hospitalar e ambulatorial no centro psiquiátrico de referência do município de Manaus em 2008*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal do Amazonas. Recuperado a partir de <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/3636>.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco.
- Stotz, E. N. (2006). Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. *Saúde em debate*, 30(73-74), 149-160. Recuperado a partir de <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345309003.pdf>
- Szasz, T. (1971). *A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental*. trad., Dante Moreira Leite. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Tatagiba, L. (2005). Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. *Revista de Sociologia e Política*, 25, 209-213. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/5mjfRh63Fqt5DS8QXwSxRNx/?format=pdf&lang=pt>
- Tavares Bastos, Aureliano Cândido. (1975). *O vale do Amazonas: a livre navegação do Amazonas, estatística, produção, comércio, questões fiscais do vale do Amazonas*. 3ª ed. São Paulo: Cia Editora Nacional.
- Tenório, F. (2002). A Reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(1), 25-59. Recuperado a partir de

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xN8J7DSst9tf7KMMP9Mj7XCQ/?format=pdf&lang=pt>

- Teston, L. M. (2016). *Avaliação em saúde no SUS do estado do Acre no contexto do capitalismo contemporâneo: limites e desafios para sua perspectiva emancipatória*. [Tese de Doutorado] Universidade de São Paulo. Recuperado a partir de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-05122016-132438/en.php>
- Tonin, C. F. & Barbosa, T. M. (2017). A interface entre saúde mental e vulnerabilidade social. *Tempus-Actas de Saúde Coletiva*, 11(3), 50-68. Recuperado a partir de <https://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2281>
- Tribunal de Contas da União. (2015). Orientações para conselheiros de saúde. (2a ed.). Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde. Recuperado a partir de https://portal.tcu.gov.br/data/files/4A/65/B5/27/C4DEF610F5680BF6F18818A8/Orientacoes_conselheiros_saude_2_edicao.PDF
- Um Hospital de base com 130 leitos. (1978). *O Jornal*, 6 de novembro. Recuperado a partir de <http://memoria.bn.br/DocReader/764809/1047>
- Urani, A. (1995). Crescimento e geração de emprego e renda no Brasil. *Lua Nova: revista de cultura e política*, 35, 5-38. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/ln/a/HRVZCgZhY5jmxQR6rp6PPFq/?lang=pt&format=html>
- Valla, V. V. (1998). Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, S07-S18. Recuperado a partir de <https://www.scielo.org/article/csp/1998.v14suppl2/S07-S18/pt/>
- Vaz, R. (2011). Hospital de Saúde Mental do Acre está à beira de um surto. *Ac24horas*, 3 de outubro. Recuperado de a partir <https://www.ac24horas.com/2011/10/03/hospital-de-saude-mental-do-acre-esta-a-beira-de-um-surto/>
- Venâncio, A. T. A. & Almeida, A.B de S. (2010). *A colônia Juliano Moreira e seu pavilhão de fisiologia para mulheres (1940-1959)*. In Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz) (Org.). III Encontro da Rede Iberoamericana em História da Psiquiatria – Livro de Resumos. (pp. 55-64). Rio de Janeiro, RJ. Recuperado a partir de <http://redhistoriapsi.mora.edu.mx/wp-content/uploads/2012/06/livro-de-resumos.pdf#page=57>
- Venicius, M. (2019). Alegando insanidade, policial preso após crucificar homem em Rio Branco quer liberdade. *ac24horas*, 24 de janeiro Recuperado a partir de <https://ac24horas.com/2019/01/24/alegando-insanidade-policial-presos-apos-crucificar-homem-em-rio-branco-quer-liberdade/>
- Ventura, C. A. A., Telini, F. G. & de Brito, E. S. (2014). Conselhos Municipais de Saúde e o controle social dos usuários. *Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics*, 3(3), 214-232. Recuperado a partir de <https://www.ipebj.com.br/bjfs/index.php/bjfs/article/view/525>

- Viana, A. L. D. Á., Fausto, M. C. R. & Lima, L. D. D. (2003). Política de saúde e equidade. *17*, 58-68. *São Paulo em perspectiva*. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/spp/a/drDbyDShTmJR8qsTv4TFzKg/?format=html&lang=pt>
- Vianna, J. J. B., Cedaro, J. J. & Ott, A. M. T. (2012). Aspectos psicológicos na utilização de bebidas alcoólicas entre os Karitiana. *Psicologia & Sociedade*, *24*(1), 94-103. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/psoc/a/kQRdJdV8KPCmSXXx6MJpm4s/?format=pdf&lang=pt>
- Vilas Boas, A. C. (2018). *Características clínicas e epidemiológicas das entradas por tentativas de suicídio de um hospital público do município de Rio Branco/AC no período de 2007 a 2016*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal do Acre. Recuperado a partir de <http://www2.ufac.br/ppgcs/informacoes-academicas/dissertacoes>
- Wahl, O. F. (1995). *Media madness: Public images of mental illness*. Rutgers University Press. Recuperado a partir de: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=QiH532OnL2EC&oi=fnd&pg=PR7&dq=OF+Wahl&ots=t8kpFPUODK&sig=YIO9spNZNS1OevEIBR_gBwm2eZk#v=onepage&q=OF%20Wahl&f=false
- Wurdig, K. K. & Motta, R. F. (2014). Representações midiáticas da internação compulsória de usuários de drogas. *Temas em psicologia*, *22*(2), 433-444. Recuperado a partir de https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:6-uMuolNc4EJ:scholar.google.com/+representa%C3%A7%C3%B5es+midi%C3%A1ticas+da+interna%C3%A7%C3%A3o+compuls%C3%B3ria+&hl=pt-BR&as_sdt=0,5
- Yasui, S. & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em debate*, *32*(78-79-80), 27-37. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>
- Zanello, V. & Silva, R. M. C. (2012). Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Rev biét*, *20*(2), 267-279. Recuperado a partir de <https://repositorio.unb.br/handle/10482/19539>
- Zanello, V., Fiuza, G. & Costa, H. S. (2015). Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista de Psicologia*, *27*, 238-246. Recuperado a partir de <https://www.scielo.br/j/fractal/a/7ZzRG6HkzvbGYj35qZXNzyP/abstract/?lang=pt>

Anexo A- Parecer do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Reforma Psiquiátrica na Amazônia Sul Ocidental: o lugar social da loucura em terras acreanas

Pesquisador: Maria Lucia Boarini

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24091719.8.0000.0104

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Maringá

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.764.009

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Conhecer e analisar historicamente o lugar social que a loucura ocupou/ocupa na capital do Acre, Rio Branco. **Objetivo Secundário:** Conhecer em qual momento e sob quais argumentos a loucura passa a ser um problema de saúde na capital acreana; Compreender quais concepções filosóficas e ideológicas foram basilares para o lugar social da loucura e as incursões da Reforma Psiquiátrica; Levantar quem eram os considerados loucos em diferentes momentos das políticas de saúde mental, desde a construção do hospital psiquiátrico de Rio Branco; Identificar os discursos que a mídia e a literatura local divulgavam sobre a loucura e/ou saúde mental; Analisar os desdobramentos que o lugar social dado à loucura teve/tem na implantação e implementação da RAPS em Rio Branco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Neste trabalho temos como objeto o lugar social da loucura na capital acreana, Rio Branco, a ser

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3011-4597

Fax: (44)3011-4444

E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 3.764.009

apreendida numa perspectiva histórica e à luz das produções científicas no âmbito da Reforma Psiquiátrica e das Políticas Nacionais de Saúde Mental, tendo como o condutor analítico o materialismo histórico. Considerando o objeto desta proposta de pesquisa faz-se necessário destacar que a busca por conhecer de forma mais aprofundada e sistemática, o lugar social da loucura no município de Rio Branco, capital do estado do Acre, poderá nos revelar aspectos importantes de como o cuidado às pessoas em sofrimento mental tem sido realizado, historicamente neste município. Assim, pensamos que para que seja possível tecer considerações sobre os avanços e os desafios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Rio Branco, é fundamental que a compreensão parta dessa história, e assim, quiçá possamos entender o processo da Reforma Psiquiátrica em terras acreanas, considerando suas particularidades. Neste sentido o escopo deste trabalho é conhecer e analisar historicamente o lugar social que a loucura ocupou/ocupa na capital do Acre, Rio Branco. Este estudo caracteriza-se como exploratório e de campo. Neste sentido, pesquisas exploratórias buscam a ampliação do conhecimento sobre objetos, situações e/ou fenômenos pouco explorados pelas áreas de pesquisa. Considerando o escopo deste trabalho, elegemos os recortes temporais para a viabilização desta pesquisa, tendo como marco a lei da Reforma Psiquiátrica, Lei Federal n. 10.2162 (2001). Neste sentido, buscaremos conhecer o lugar social da loucura à partir de marcos legislativos no âmbito da saúde pública brasileira, anterior e após a aprovação da Lei n. 10.216 (2001). A primeira etapa desta pesquisa será a realização de pesquisa documental. Sendo assim o levantamento de múltiplas fontes serão necessárias para construção desta história a qual estamos nos propondo a construir. Os documentos a serem analisados serão: a) o projeto de construção do hospital psiquiátrico e/ou documentos oficiais da criação desta instituição; b) prontuários dos usuários do Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC); c) atas do Conselho Municipal de Saúde, estes documentos a serem analisados corresponderão as duas etapas da pesquisa, de 1990 a 2001 e de 2001 a 2019;) Termos de Ajustamento e Conduta (TAC) e Ações Cíveis Públicas do Ministério Público do Estado do Acre no que tange a implantação e implementação da RAPS em Rio Branco/AC e assistência em saúde mental. Pesquisaremos, também, documentos não oficiais de circulação local, que versem sobre questões relacionadas a loucura, saúde mental, como: jornais impressos, revistas, notas ou matérias de jornais online e literatura ficcional. A segunda etapa deste estudo refere-se ao trabalho com a História Oral. Quanto a modalidade de pesquisa para a etapa das entrevistas, recorreremos à História Oral. Nesta perspectiva, entrevistaremos os profissionais de saúde (da gestão e/ou dos serviços), pessoas (familiares e/ou usuários) que vivenciaram o período de institucionalização da loucura em Rio Branco/AC, e também àqueles que acompanharam,

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 3.764.009

enquanto trabalhadores da saúde, o processo da Reforma Psiquiátrica e as mudanças nas políticas de saúde mental no Brasil e no Acre e militantes da luta antimanicomial. Pensamos que estes interlocutores podem contribuir de maneira veemente na construção desta história a ser contada em razão de suas vivências no âmbito da temática desta proposta de estudo. Esta amostra é um subconjunto de um grupo maior de pessoas que participaram direta ou indiretamente de diferentes momentos da assistência em saúde mental em Rio Branco/AC, além do mais é possível assim verificar a história por diferentes olhares, considerando o universo de participantes selecionados. Neste sentido a amostra é não-aleatória e de caráter intencional. É importante frisar que a compilação dos dados levantados por meio da pesquisa documental e história oral, constituirá o material a ser analisado. A apresentação destes dados não seguirá, recursos estatísticos como norteador, contudo, vale destacar que os dados obtidos nos prontuários deverão ser organizados em tabelas, para melhor disposição e compreensão de tal material. Quanto aos demais documentos e as entrevistas, serão utilizados excertos dos textos e fragmentos das entrevistas, como material de análise.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo Chefe do Departamento de Psicologia da UEM. O cronograma apresenta etapas de pesquisa com datas compatíveis, com início da coleta de dados prevista para 28/10/2020. TCLE descreve possíveis riscos relacionados à fase de coleta de dados e mecanismos para minimizá-los, bem como medidas adotadas para sigilo e confidencialidade dos dados e dos participantes, conforme prevê a Resolução 466/2012 do CNS. O orçamento prevê custos gerais no valor de R\$2.850,00, devidamente discriminados, sob a responsabilidade do pesquisador. Apresenta autorizações para a realização da pesquisa por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, da Secretaria de Estado de Saúde do Acre, Declaração de Colaboração/Providência do CAPS II-Sumaúma, de Rio Branco. Recomenda-se que, ao preencher os dados do projeto no formulário de Informações Básicas da Plataforma Brasil, todas as etapas da pesquisa sejam listadas no quadro correspondente ao cronograma, conforme o contido no item 3.3.f(Protocolo de pesquisa): Cronograma que descreva a duração total e as diferentes etapas da pesquisa, com compromisso explícito do pesquisador de que a pesquisa somente será iniciada a partir da aprovação pelo Sistema CEP-CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 3.764.009

Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela. Alerta-se a respeito da necessidade de apresentação de relatório final no prazo de 30 dias após o término do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1432221.pdf	22/10/2019 17:39:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FINAL_COPEP.pdf	06/10/2019 15:59:19	VANIA DAMASCENO COSTA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	06/10/2019 15:58:41	VANIA DAMASCENO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	06/10/2019 15:58:28	VANIA DAMASCENO	Aceito
Outros	Declaracao_Caps.pdf	05/10/2019 20:35:23	VANIA DAMASCENO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_SESACRE.pdf	05/10/2019 20:32:51	VANIA DAMASCENO COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_SEMSA.pdf	05/10/2019 20:31:56	VANIA DAMASCENO COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/10/2019 20:21:55	VANIA DAMASCENO COSTA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	05/10/2019 20:19:52	VANIA DAMASCENO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3011-4597

Fax: (44)3011-4444

E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 3.764.009

MARINGÁ, 12 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br

Anexo B - Termo de Autorização para Realização da Pesquisa – Sesacre



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA, CIÊNCIAS E INOVAÇÃO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, **Jorge Fernando de Resende**, Secretário de Estado de Saúde do Acre em exercício, RG: NR 02545337-0, CPF: 102.601.958-76, **AUTORIZO**, **VÂNIA DAMASCENO COSTA**, RG: 853288 SSP/RO, CPF:819.560.962-72, matrícula institucional:54261, Psicóloga pesquisadora doutoranda na Universidade Federal de Maringá-UEM, docente da Universidade Federal do Acre-UFAC, a realiza a pesquisa **“A REFORMA PSIQUIÁTRICA NA AMAZÔNIA SUL OCIDENTAL: O LUGAR SOCIAL DA LOUCURA EM TERRAS ACREANAS.”**

A pesquisadora acima qualificada se compromete a:

Submeter o Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

- 1- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 2- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contactadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS N° 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Rio Branco-Ac, 30 de setembro de 2019.


Jorge Fernando de Resende
Secretário de Estado de Saúde do Acre em exercício
Decreto nº 3.877 de 27 de agosto de 2019.

Rua Benjamin Constant, 830 – Centro – 3º Andar
CEP: 69900-064 – Rio Branco – AC
Fone/Fax: (68) 3215 - 2694

Anexo C - Termo de Autorização para Realização da Pesquisa - Semsa



**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO E HUMANIZAÇÃO**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, Eufrasia Santos Cadorin, responsável pelo Núcleo de Educação e Humanização da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, RG Nº 209.292 SSP/AC, CPF Nº 359.829.692-49, AUTORIZO Vânia Damasceno Costa, doutoranda sob o número de matrícula 54261 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM) e com RG 853288 SSP/RO, CPF 819.560.962-72, sob a orientação da Prof^a. Dra. Maria Lúcia Boarini, docente aposentada e atualmente voluntária do referido Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Estadual de Maringá (UEM), com o RG 6.909.093-1 SSP/PR e CPF 060.409.508-20, a realizarem, a pesquisa documental, que para este setor refere-se às Atas do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco, referente aos anos de 1990 a 2019, e também os Termos de Ajustamento e Conduta e Ações Cíveis Públicas do Ministério Público do Estado do Acre, referentes às questões de saúde mental deste município. E também autorizo a realização de entrevistas semiestruturadas com os gestores/ras da coordenação municipal de saúde mental, trabalhadores/ras dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Rio Branco/AC e usuário/a e familiar que estejam sendo atendidos nesta rede, para a realização do Projeto de Pesquisa, A Reforma Psiquiátrica na Amazônia Sul Ocidental: o lugar social da loucura em terras acreanas, que tem por objetivo primário, conhecer e analisar historicamente o lugar social que a loucura ocupou/ocupa na capital do Acre, Rio Branco.

Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

- 1- Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3-Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Rio Branco, 1º de outubro de 2019.

Eufrasia Santos Cadorin
Núcleo de Educação e
Humanização Decreto nº 48/2019.