Marisa Cambraia

**POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO DE SÃO PAULO:
O CENÁRIO DAS MUDANÇAS OCORRIDAS ENTRE 1990 E 2004**

**Tese apresentada à Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo, Departamento de
Prática de Saúde Pública, para a obtenção do título
de “Doutor em Saúde Pública”.
Área de Concentração: Serviços de Saúde**

Orientador: Prof. Dr. Francisco Bernardini Tancredi

**São Paulo
2004**

Agradecimentos

Mais uma vez, eu quero agradecer ao meu orientador, Francisco Bernardini Tancredi, pela cordialidade, tolerância e solidariedade.

Ao Magro, pela presença, pelo cuidado e pela inabalável crença em mim. Foi o que me fez terminar o trabalho. Afora tudo isso, pelo apoio logístico e sensibilidade na arte final.

À Gi, minha irmã, que fez uma revisão cuidadosa do material e sugestões ao texto.

À Sônia Barros e à Lygia Maria de França Pereira, pela amizade, carinho, compreensão e pela interlocução frutífera no exame de qualificação.

À Marilene, amiga de muito tempo, pela ajuda na tradução.

Aos Coordenadores de Saúde Mental, por sua confiança e acolhimento, que permitiram o desenvolvimento do tema:

Alfredo Schechtman
Ana Maria Pitta
Domingos Sávio Alves
Elias Monteiro Lino
Maria Antonia Brandão Cipolla
Mirsa Delosi
Pedro Gabriel Godinho Delgado

À Natalina, Maristela, Kris pelos “helps” de informação.

Aos meus amigos da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, do Centro de Referência da Saúde da Mulher (Pérola) e da FOSP, pela aposta à distância.

Às funcionárias da Secretaria de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública, Renilda, Cidinha e Márcia, pela compreensão com os meus descompassos.

Índice

Resumo

Summary

Capítulo 1: Contexto

1.1 Objeto, problema e objetivos	2
1.2. Prescrições de modelos e de dispositivos de rede	3

Capítulo 2: Percurso metodológico

2. 1. Marcos conceituais	40
2. 2. Metodologia	59
2. 2. 1. Coleta de dados e eleição de sujeitos	62
2. 2. 2. Caracterização do Estado de São Paulo	64
2. 2. 3. Procedimentos técnicos de análise	71

Capítulo 3: Análise de resultados

3.1. Cenários da reforma psiquiátrica brasileira	76
3.2 Cenários da política de saúde mental do Estado de São Paulo	125

Capítulo 4. Discussão **180**

Bibliografia **187**

Vincent van Gogh (1853-1890)
Cópia estilizada de
Auto retrato com bandagem na orelha e cachimbo (51x45cm)
Pintado em Arles – Jan 1889
Chicago – Coleção de Leigh B. Block

Vincent van Gogh (1853-1890)
Colheita em La Crau, com a cidade de Moantmajour ao fundo (73x92cm)
Pintado em Arles – Jun 1888
Amsterdeam - Vincent van Gogh Foundation

Este estudo descreve a política de saúde mental do Estado de São Paulo entre os anos 1990 e 2004, evidenciando os mecanismos usados para redirecionar o modelo hospitalar de assistência para os serviços substitutivos abertos e implantados na comunidade. Além disso, procurou-se identificar as prioridades dessa política por referência às diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Foi feito um levantamento dos equipamentos de saúde mental existentes no Estado e, para ampliar o entendimento da política, foram entrevistados os atores nacionais e estaduais que conduziram os projetos técnico-políticos de reforma psiquiátrica.

A análise do material sugeriu que, ao longo deste período, a política do Estado esteve voltada para a qualificação dos hospitais psiquiátricos e transformação dos grandes asilos públicos, reduzindo drasticamente o número de leitos SUS. Em 1991, existia 34.000 leitos e, em 2003, esse número caiu para 15.511, ou seja, houve uma diminuição de 54,4% do total. A implantação de Centrais de Vaga e as portarias publicadas nesses anos foram os meios para conduzir as mudanças. Já o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS foi identificado como o principal serviço de saúde mental e instrumento da mudança de concepção do modelo assistencial.

A integralidade ampliada dos cuidados, o acesso e a equidade, principais parâmetros do SUS, aparecem referidos a um conjunto de ações dirigidas aos pacientes com transtornos mentais severos e persistentes. Isto sugere uma tendência de especialização da assistência nesse campo. Nos discursos, não foram explicitadas quais seriam as ações de saúde mental dirigidas aos transtornos moderados de alta prevalência na população que deveriam ser implementadas na rede básica de serviços de saúde.

Summary

Vincent van Gogh (1853-1890)
Colheita em La Crau, com a cidade de Moantmajour à esquerda (39x52cm)
Pintado em Arles – Jun 1888
Cambridge (Mass) – Fogg Art Museum, Universidade de Harvard

The present study describes Mental Health Policy in São Paulo State from 1990 up to 2004, highlighting the mechanisms utilized to re-direct hospital care policy toward substitutive accessible services implemented in the community. Moreover, the goal of this study was to identify priorities into that practice related to the actions of the Unified Health System (UHS).

It was set up mental health care endowment available in the State and, to better understand the state of art, national and state actors that have been conducting the technical projects and policy in the so-called Psychiatric reform were interviewed.

The study suggested that, during this period, São Paulo State policy was intensified preferentially for the qualification of psychiatric hospitals as well as for the transformation of huge public psychiatric house cares (asylums) whereas the number of UHS hospital bedsteads was greatly reduced. They were 34,000 in 1991 whereas in 2003 this number was reduced to 15,511, indeed a 54.4 % reduction. Implementation of Centralized Bedstead Support and Governmental Amendments published throughout those years were chief tools for conducting the changes executed. On the other hand, Centers of Psychosocial Care (CAPS) were considered as the major instrument into mental health service for the conceptual modification of the previous mental health care model.

Expanded full Medicare, accessibility and equality, the most valuable UHS parameters, were referred by interviewed administrators to a group of actions directed toward individuals suffering of severe and persistent mental health disorders, suggesting a tendency for medical care specialization in this field. Mental health policy directed toward moderate disorders although of high prevalence, were not referred by interviewed administrators though actions in this field should be carried out.

Capítulo 1: Contexto

Vincent van Gogh (1853-1890)
O Pátio do Hospital de Arles (73x92cm)
Pintado em Arles – Abr 1889
Winterthur – Colleção Oskar Reinhart

1.1 Objeto, problema e objetivos

O objeto deste estudo é a política de saúde mental do Estado de São Paulo nos últimos 14 anos. O recorte a partir do qual se fará esta discussão incidirá sobre os meios empregados para reformular o modelo assistencial, no sentido de ampliar a oferta de cuidados extra-hospitalares, reduzir o número de leitos existentes e qualificar as internações e os hospitais psiquiátricos. Incidirá ainda sobre a definição das prioridades assistenciais a serem ofertadas pelas redes de serviços públicos de saúde no referido período.

O problema subjacente à pesquisa diz respeito à tendência do modelo de atenção à saúde mental, no Estado de São Paulo, em qualificar-se na assistência aos portadores de transtornos mentais graves (adultos e crianças e, mais recentemente, dependentes químicos) e de ser reticente quanto à política de oferta de cuidados aos demais problemas pertencentes ao campo. Para abordar esta questão, será dada relevância à noção de integralidade da assistência, que, somada aos conceitos de universalidade, acesso e equidade, expressa os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Sob este prisma, o modelo deveria ofertar uma diversidade de ações de cuidado que garantisse cobertura à diversidade de agravos: leves, moderados e graves.

Os objetivos específicos deste estudo são:

1. identificar os instrumentos técnico-políticos que interferiram no redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no Estado de São Paulo;

2. analisar as prioridades da política de saúde mental, por referência aos parâmetros de integralidade, acesso e equidade, no Estado de São Paulo.

1.2 Prescrições de modelos e de dispositivos de rede

A emergência da psiquiatria no Estado de São Paulo se deu a partir da criação do Juqueri (GOIRDANO JR., 1989; URQUIZA, 1991) e se confundiu “com a própria assistência à doença mental no Estado, uma vez que a construção de suas dependências se constitui na única iniciativa oficial com respeito à loucura até o início dos anos 30” (GIORDANO JR., 1989:106-107). A estratégia de gerência pública da loucura que precedeu a instalação do Juqueri era prisional; daí o emprego de uma tecnologia de trabalho carcerária, cujos instrumentos eram as grades, as paredes e a força bruta, e seus agentes, os guardas e a administração pública (URQUIZA, 1991:49). Ao medicalizar a loucura, a psiquiatria adotou, como instrumento de trabalho, a terapêutica inspirada na proposta de asilamento racional que, à época, compreendia o afastamento, o isolamento, o repouso, a liberdade, o trabalho, a assistência familiar, o tratamento moral, a contenção, a dietética, a água, e outras formas de tratar, como instauração do medo através da ameaça de re-internação, a medicação vermífuga, etc (URQUIZA, 1991).

Fundamentado em estudo de Sylvio Giordano Jr (1989), será feita uma breve descrição das políticas de saúde mental do Estado de São Paulo, desde a sua instituição até o final da década de 1970¹.

A política estadual para o setor nasceu com a criação da Diretoria Geral de Assistência aos Psicopatas – DGAP, no ano de 1930, com as finalidades de atender as pessoas que apresentavam distúrbios mentais e organizar a profilaxia das moléstias nervosas e mentais. A DGAP era um órgão técnico que tinha sob sua administração o Hospital Central e as Colônias Agrícolas do Juqueri, os Institutos Psicopáticos (Hospitais Psiquiátricos da Penha, a Hospedaria de Imigrantes e o Recolhimento de Perdizes), a Clínica Psiquiátrica, e o Manicômio Judiciário(criado alguns anos depois), além dos estabelecimentos caritativos do interior do Estado e do Serviço de Assistência a Menores Anormais. Este órgão técnico também defendeu, em meados dos anos 30, que o Estado implementasse políticas de higiene social e mental e, entre outras coisas, estimulasse a educação eugênica e protegesse a juventude contra o abandono físico, moral e intelectual. A meta era a criação de um amplo projeto de prevenção através de clínicas psiquiátricas abertas, transpondo, assim, os muros dos asilos. O alvo era a população pobre e mais particularmente o proletariado urbano aí inserido. Para a Diretoria Geral de Assistência aos Psicopatas, a questão não será mais a característica patológica expressa na manifestação da loucura, mas todos os

¹ Giordano Jr (1989) pesquisou as políticas de saúde mental no Estado de São Paulo, estabelecendo relações entre a loucura e a doença mental, “segundo os modos concretos de sua apreensão no interior dos dispositivos oficiais de assistência do Estado de São Paulo, analisando do ponto de vista da medicina e da psiquiatria as produções discursivas das instituições que tinham a seu encargo codificar a loucura (GIORDANO JR., 1989).

aspectos da vida do proletariado urbano, de modo que, no final de 1930, prevenção, higienização e moralização se confundem no discurso desse órgão.

Entre 1930 e 1940, ocorreu uma série de mudanças institucionais, hospitais foram criados e extintos, mas o Juqueri seguiu centralizando um enorme volume de internações. Como revelam as estatísticas da época, a instituição passou de 1.847 pacientes internados, em 1938, para 3.325, em 1939, chegando a 5.353 internos em 1947 e 13.019 pacientes em 1950. No entanto, o aumento de leitos em hospitais públicos cederá a favor da tendência crescente de expansão da rede de hospitais privados, sobretudo a partir da década de 60.

Dez anos depois do decreto que criou os Centros de Saúde da capital, ou seja, em 1947, foi implantada a primeira equipe para desenvolver ações de higiene mental no Centro de Saúde Santa Cecília. Em 1951, dos nove Centros de Saúde existentes na capital, o Centro de Saúde Santa Cecilia recebeu mais um psiquiatra, e o Centro de Saúde Santana, outro. Em detrimento da assistência psiquiátrica, esses serviços tinham um enfoque de trabalho profilático, enfatizando ações de cunho educativo dirigidas ao indivíduo normal. Voltadas aos mesmos grupos sociais, as ações de natureza psicoterapêutica substituíram as campanhas, lançando mão de outros instrumentos, as entrevistas individuais e os agrupamentos (de grávidas, de mães, de pré-escolares e de adolescentes), com finalidade educativa. Os agentes deste trabalho eram os cirurgiões, as visitadoras psiquiátricas, os educadores e os psicólogos, todos supervisionados pelo psiquiatra.

À perspectiva exposta acima, associava-se um projeto de assistência aos doentes mentais, que era organizado em cinco fases e que deveria ser contemplado por uma rede de serviços diversificados:

1. profilaxia das psicoses e orientação profilática (higiene mental);
2. tratamento dos casos passíveis de serem atendidos em ambulatórios;
3. tratamento dos casos incipientes em serviços especiais para agudos;
4. tratamento dos crônicos em hospitais apropriados;
5. assistência a egressos.

A partir de 1960, instituído como Ano Mundial da Saúde Mental, a higiene mental passou a ser denominada saúde mental, sugerindo-se que ela se integrasse aos programas de saúde pública².

Aos três setores estatais que existiam na década de 60 – o hospital; os centros de saúde, que difundiam um discurso ligado à Saúde Pública; e a Universidade, voltada às investigações terapêuticas –, somou-se um quarto setor, o da medicina previdenciária com a sua psiquiatria de massa. Como mostram as estatísticas, foi a partir dela que se deu a ampliação vertiginosa de leitos privados, subsidiados e contratados / conveniados pelo INPS: o número de leitos privados em 1941 passou de 3.034 para 55.670, em 1978 (aumento de 52.636 leitos, ou de

² Segundo Giordano Jr. (1989), em comemoração ao Ano Mundial da Saúde Mental, a Secretaria de Assistência Pública e Assistência Social fez uma publicação, sob orientação editorial do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, onde foi usada uma nova denominação para o campo: saúde mental. Discorrendo sobre os temas que compunham essa publicação, o autor refere que “**artes plásticas, combate ao ruído, distúrbios psicossomáticos, comunidade, política e “ocaso da vida” são alguns dos novos setores que ladeiam a hereditariedade, a prostituição e a criminalidade**” (GIORDANO JR., 1989:136).

1.835%), enquanto a cifra de 21.079 leitos públicos, em 1941, aumentou para 22.603 leitos, em 1978 (aumento de 1.529 leitos, ou de 107%) (PITTA-HOISEL, 1984). Vale ressaltar que, em 1966, o Juqueri atingiu o seu pico máximo de internações, 14.393, mas esse número começará a decrescer a partir da “política hospitalar” da Secretaria de Estado da Saúde de redistribuição de pacientes para entidades particulares.

Segundo Giordano Jr. (1989:139), “a utilização da medicina previdenciária (e em seu interior a psiquiatria) como instrumento privilegiado de estado a partir do período ditatorial, iniciado em 1968, levará a uma crise do setor, que desde o início da década de 70 começara a se insinuar. A expansão de gastos com a contratação da rede hospitalar privada e o aumento de peso relativo dos auxílios-doença e aposentadorias motivadas por distúrbios psiquiátricos levarão à necessidade de reformulação da política assistencial, com a convocação de um grupo de trabalho que conclui pela necessidade de racionalização das ações técnicas e pela ênfase no atendimento ambulatorial”. Foi neste contexto que as críticas ao sistema, feitas por grupos profissionais adeptos de diversas correntes – Psiquiatria Comunitária Americana, Anti-Psiquiatria, Comunidade Terapêutica, Psiquiatria Democrática Italiana –, tomarão vulto. Essas críticas foram sintetizadas por Luiz da Rocha Cerqueira da forma que se segue: “Em suma, precisamos de uma concepção de Psiquiatria Social...” (CERQUEIRA, 1977 *apud* GIORDANO JR., 1989:140).

Em 1967 o Estado de São Paulo passou por uma reforma administrativa que levou a extinção do DAP, em 1968, e à criação da Coordenadoria de Saúde Mental. Ainda no ano de 1967 a Secretaria criou um Grupo de Trabalho para

estudar os problemas da assistência ao doente mental no Estado e propor soluções. Dois conceitos permearam o discurso dos planos de saúde a partir dessa reforma administrativa: “processo saúde-doença e história natural da doença. Nenhum deles estranho à medicina moderna, nem tampouco à psiquiatria, notadamente no campo da Saúde Pública” (GIORDANO JR., 1989:139).

A concepção de Psiquiatria Social referida por Cerqueira expressou-se, na opinião de Giordano (1989), na I Declaração de Princípios da Saúde Mental, formulada no I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 1970. Dos itens que constam da Declaração, destaca-se: que a saúde mental é um direito do povo e que a assistência a ele é responsabilidade do estado; que a doença mental faz parte do ciclo saúde e doença, exigindo integração dos serviços à rede de recursos da saúde da comunidade; que a integração de fatores físicos, psicológicos e sociais, ligados à gênese e eclosão das doenças mentais, esteja presente na terapêutica e recuperação dos doentes; que o público seja esclarecido sobre as doenças mentais e as suas formas de assistência; que existam programas de recrutamento, formação e treinamento de pessoal para a formação de equipes multiprofissionais; que os hospitais devem se reestruturar para a pronta reintegração social do indivíduo; que as técnicas e os recursos terapêuticos empregados pelos serviços extra-hospitalares tenham orientação comunitária e evitem o uso abusivo do leito hospitalar; e que tanto a pesquisa básica quanto a aplicada sejam estimuladas por todos os meios.

Porém, o Programa da Coordenadoria de Saúde Mental – SES-SP, de 1976, ainda falava em construir hospitais com capacidade para 300 leitos em

diversas zonas da capital e em contratar 2.000 leitos conveniados, totalizando 8.000. O mesmo Programa recomendava que os convênios com as Faculdades fossem voltados para o ensino da psiquiatria e formação de médicos especialistas.

Já o Programa da Coordenadoria de Saúde Mental SES-SP para 1977 – que sustentava a necessidade de ampliação da rede hospitalar e o aumento de valor das diárias para que a SES-SP se tornasse competitiva com os órgãos da Previdência –, espelhava a mudança de estrutura pela qual a SES-SP estava passando e que iria se refletir na busca por implementar um modelo de atenção em bases programáticas.

Criada a Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental (substituindo o Serviço de Higiene Mental), em 1977, definiu-se como atribuição dos ambulatórios de saúde mental: a prestação de assistência ambulatorial a doentes mentais; a promoção comunitária de programas de saúde mental; e a prevenção de toxicomanias. As equipes multiprofissionais que deveriam compor esses serviços teriam as seguintes atribuições: diagnóstico e tratamento dos doentes mentais; efetivação do seguimento médico e psicossocial de pacientes após alta; execução de atividades de psiquiatria preventiva com ações comunitárias; execução de atividades de promoção de saúde mental junto a instituições públicas e privadas; e elaboração de laudos e perícias psiquiátricas forenses. Como comenta Giordano Jr. (1989:151-152), “nota-se a menção à psiquiatria comunitária na “promoção comunitária de programas” e [nas] “ações comunitárias”, sem qualquer compromisso com as propostas de participação inerentes ao modelo”.

Em 1978, o Programa da Coordenadoria de Saúde Mental – SES-SP enfatizava a busca pelo aprimoramento da assistência psiquiátrica, através de

incremento dos atendimentos ambulatoriais para diminuir as internações e reinternações. Neste mesmo ano, foi estabelecido um convênio com a Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM para a realização, na Faculdade de Saúde Pública da USP, de um Curso de Saúde Mental para a capacitação de diversas categorias profissionais ligadas à saúde, com a finalidade de absorvê-las nos Centros de Saúde Mental. Essa absorção aconteceu em 1980.

Em 1979, um relatório da Coordenadoria de Saúde Mental – SES-SP destacava que a lotação do Juqueri havia diminuído por meio da contratação de mais 1.200 leitos privados. Apesar disso, a SES-SP inaugurou alguns ambulatorios de saúde mental e propôs a implantação de um pronto-socorro na capital, que veio a funcionar no Ambulatório de Saúde Mental Centro³, em 1981.

Entramos na década de 80 com o discurso melhor elaborado. As prescrições de modelo, que já vinham sendo encaminhadas, pautavam-se na hierarquização do nível de complexidade dos serviços que compunham a rede pública de saúde; na extensão da cobertura às populações desassistidas (urbanas marginalizadas e rurais)⁴; na diversificação das ações assistenciais e, particularmente, no campo da saúde mental, na ambulatorização da assistência (BRASIL, 1983; SÃO PAULO, 1983, PITTA-HOISELL, 1984; BRASIL, 1988).

Como vimos no breve resumo apresentada sobre o processo de implantação da assistência psiquiátrica no Estado de São Paulo, desde meados dos anos 70, o diagnóstico da assistência psiquiátrica estava dado: na contra-

³ Serviço posteriormente desativado para que a área física fosse anexada ao Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira.

⁴ A política de extensão de cobertura, gestada na América Latina, nos anos 60, surgiu no Brasil durante o Governo Geisel, pós-milagre econômico e foi expressa na V Conferência Nacional de Saúde, em 1975 (NEMES, 1993)

corrente do que vinha acontecendo em outros países, o Brasil só fazia crescer o número de leitos psiquiátricos, consumindo em internações 97% dos recursos e 3% em atividades ambulatoriais (BRASIL, 1975). Os hospitais psiquiátricos públicos estavam superlotados e, como os demais, ofereciam uma assistência de péssima qualidade. Tornaram-se alvo de denúncias por praticarem maus-tratos e mesmo torturas contra os internos (AMARANTE, 1995) e, em resposta a isso, na década de 80, ocorreram “importantes medidas de humanização da assistência promovidas pelo setor governamental nos hospitais psiquiátricos federais e de alguns estados, notadamente São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul” (ALVES, 1996)⁵.

No Estado de São Paulo, oito meses antes das eleições, que voltaram a ser diretas para governador (1982), formou-se um Grupo de Saúde Mental que se reunia na cidade de São Paulo, na Rua Madre Teodora, para elaborar uma proposta de política de saúde mental. Esse grupo foi integrado, “independentemente de filiações partidárias, por profissionais que, em história recente e não tão recente, tinham desenvolvido nas suas práticas cotidianas uma postura de enfrentamento do atual quadro de atenção psiquiátrica, quer através de denúncias e organização em grupos de resistência (CEBES, SEDES, ABP, Sindicatos de Profissionais, Conselhos Regionais, etc)⁶, quer em práticas alternativas ao modelo asilar” (PITTA-HOISEL, 1984:71).

⁵ Os hospitais psiquiátricos federais que passaram por um processo de reformulação técnico-administrativa foram: Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro (AMARANTE, 1995).

⁶ CEBES: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; SEDES: Instituto Sedes Sapientiae; ABP: Associação Brasileira de Psiquiatria.

Com a posse do Governador Franco Montoro, a Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde – SP publicou uma proposta que orientava as ações de saúde mental a serem desenvolvidas no nível básico e de especialidade da atenção: Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Ambulatórios de Saúde Mental (ASM). No caso das ações de saúde mental em UBS, elas deveriam se articular aos Programas de Assistência ao Adulto e aos Programas de Assistência à Criança, bem como dirigir-se para a comunidade através de assessorias às instituições da região, escolas, etc. Os ASM também deveriam organizar os seus procedimentos em Programas, na verdade sub-programas, definidos pela gravidade dos casos e quantidade de ações terapêuticas realizadas / frequência do paciente na unidade. Esta era a concepção dos Programas de Intensidade Máxima, Programas de Intensidade Mínima e Programas de Menor Intensidade. No primeiro, cujo alvo eram os pacientes em estado psicótico, pessoas em crise aguda de ansiedade e/ou depressão, dependentes abordáveis de drogas e familiares ou responsáveis por esses pacientes, sugeria-se que fossem oferecidas atividades concentradas em um período do dia, “ambulatório-manhã” e “ambulatório-tarde”. Os Programas de Intensidade Mínima eram destinados aos recém egressos de internações psiquiátricas, crianças, adolescentes, idosos e adultos e desenvolviam psicoterapia individual ou grupal, além de grupos de atividades e terapias familiares. Os Programas de Menor Intensidade foram concebidos para abarcar pacientes menos necessitados ou impossibilitados de freqüentar mais regularmente o ambulatório; promoviam grupos de medicação aos epiléticos e atividades de orientação para os seus familiares. (SÃO PAULO, 1983).

Na realidade, desde 1970, a Saúde Pública de São Paulo, objetivando estender a cobertura à população não previdenciária, introduziu a assistência médica individual nos Centros de Saúde, subordinando-a à idéia de ação programática e ampliando os programas específicos que, até então, eram objeto da Saúde Pública: hanseníase, tuberculose, etc (NEMES, 1993). Mas, é necessário destacar que a saúde mental foi efetivamente levada para a atenção básica, e os Ambulatórios de Saúde Mental adotaram os sub-programas segundo uma óptica epidemiológica, somente a partir de 1982⁷.

Foi também a partir de 1982 que a Coordenadoria de Saúde Mental adotou como política a não ampliação de leitos psiquiátricos e a criação de serviços que oferecessem um programa de tratamento que contivesse, no nível ambulatorial, os agravos mentais, tanto no sentido de prescindir das internações quanto com a finalidade de dar continuidade ao tratamento de egressos. Tais medidas foram concretizadas com a realização de concurso público para a contratação de quase cem “equipes mínimas”⁸ para as UBS e para a composição das equipes dos ASM⁹, que foram ampliados no período, somando 27 no Estado¹⁰.

Este Programa de Saúde Mental, que representou uma revisão crítica do “ambulatório-dispensário”, pretendia tratar o paciente mantendo os seus vínculos

⁷ Como já foi visto, eram poucos centros de saúde que exerciam atividades de saúde mental na década de 70.

⁸ Composta por 1 psiquiatra, 1 psicólogo e 1 assistente social.

⁹ Compostas, em média, por 3 a 5 psiquiatras, 3 psicólogos, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 1 enfermeiro, 1 farmacêutico e quatro auxiliares de enfermagem. Os enfermeiros eram pouco freqüentes nas equipes.

¹⁰ ASM no município de São Paulo: Perdizes, Centro, Santo Amaro, Mandaqui, Pirituba, Água Funda, Belenzinho, São Miguel Paulista, Jaçanã, Lapa, Largo 13, São Mateus, Vila Brasilândia, Itaquera e Vila Matilde. ASM na Grande São Paulo: Osasco, São Bernardo, Mogi das Cruzes, Franco da Rocha. ASM Regionais: Campinas, Sorocaba, Vale do Ribeira, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, Araçatuba, Vale do Paraíba.

com a comunidade. Desenvolveu-se de maneira intensiva entre 1984-1985 e logo começou a declinar (GOLDBERG, 1994). Por volta de 1987, avaliava-se que os ASM eram serviços que tinham se cronificado e, na opinião de Goldberg (1994:105), “os resultados que pudemos aferir desse período não demovem nosso ceticismo quanto ao impacto dessas ações que são, antes de tudo, racionalizadoras [e] catalizadoras de uma tecnologia de prestação de serviços...”.

Na verdade, este ceticismo também rondava o imaginário de Pitta quando, ao comentar o seu trabalho como Diretora da Divisão de Ambulatórios da Coordenadoria de Saúde Mental, liderando a implantação do modelo, declarou que “é preciso estar permanente alerta”, pois a “mera ampliação de ambulatórios e centros de saúde com ações de saúde mental poderia significar tão somente a multiplicação do número de entrepostos de distribuição de fármacos e guias de internação, desde que esse movimento não significasse um compromisso de mudar de todos os sujeitos envolvidos...” (PITTA-HOISELL, 1984).

Vale dizer que a ampliação dos ambulatórios de saúde mental, ocorrida entre 1983 e 1984, acrescida da introdução de sub-programas diversificados, foi a solução técnico-política encontrada para o diagnóstico da oferta de assistência existente até então no Estado de São Paulo¹¹. O receio expresso por Pitta, de que essa ampliação poderia redundar na ampliação de entrepostos de distribuição de fármacos e de guias de internação, fundamentava-se em avaliações feitas da assistência à saúde mental no Estado. Uma dessas avaliações, expressa em um relatório produzido por um projeto piloto, o Projeto Zona Norte, que fazia parte de

¹¹ Segundo Pitta (1984), até 1982, havia 15 ASM no Estado: 8 na capital, 2 na Grande São Paulo e 5 no interior. Nesse mesmo ano, 37 UBS realizavam alguma ação de saúde mental – 19 Centros de Saúde e 18 Postos da prefeitura possuíam uma psicóloga.

um Programa de Integração Docente Assistencial (PIDA)¹², conclui: “os Ambulatórios já existentes, numericamente insuficientes¹³ e isolados de qualquer relacionamento com outras instituições complementares na prestação de serviços, se caracterizaram enquanto instâncias de primeiro atendimento, destituídos, porém, de uma programação específica propiciadora de maior continência e resolubilidade, predominando, como recurso terapêutico, a prescrição de fármacos, através de consultas médicas de curta duração” (SÃO PAULO, 1985: 12). As metas do projeto eram “constituir, nos níveis primário, secundário e terciário de atenção, um programa integrado e regionalizado de saúde mental, consoante com uma concepção mais totalizadora do fenômeno mórbido; prevenir internações psiquiátricas desnecessárias; criar procedimentos terapêuticos não cronificadores; abrir espaço, na rede pública de atendimento, para ser utilizado na formação de pessoal especializado em saúde mental dentro dessa nova ideologia” (SÃO PAULO, 1985:5).

O objetivo da ampliação de serviços só poderia ter êxito se, de fato, uma nova mentalidade fosse desenvolvida pelos agentes dessa empreitada. Mas, no curto espaço de tempo de dois a três anos depois da implantação do projeto, cessou o investimento na formação desta nova mentalidade.

¹² Convênio entre a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria de Higiene e Saúde de São Paulo. O projeto Zona Norte, partindo dos princípios de integração entre os vários níveis de atenção, regionalização do atendimento e racionalização dos recursos dentro de um sistema de referência e contra-referência, iniciou a implementação de práticas que visavam superar a falta de resolubilidade dos Ambulatórios de Saúde Mental existentes até então. O Projeto abarcou 12 Unidades Básicas, 6 Ambulatórios de Saúde Mental (Pirituba, Mandaqui, Brasilândia, Jaçanã, Lapa e Belenzinho), a Unidade de Emergência Psiquiátrica do Pronto Socorro do Complexo Hospitalar do Mandaqui e o Hospital Psiquiátrico Pinel. (CAMBRAIA, 1999)

¹³ A OMS preconizava 1 Ambulatório de Especialidades para cada 150.000 habitantes e 1 equipe de saúde mental na atenção primária para cada 50.000 habitantes.

Curiosamente, sempre se questionou os serviços ambulatoriais, mas nunca se produziu uma reflexão substantiva sobre o que foi efetivamente investido na qualificação das equipes com vistas à mudança de cultura ou mentalidade. Muito menos foram criados mecanismos de avaliação contínua do extra-hospitalar¹⁴. Parece que a implantação de serviços, concebidos como mais éticos, mais justos e mais integrais, asseguraria, por si só, a saúde do sistema.

No início do governo seguinte (1987), Pitta, Goldberg e mais uma equipe conceberam um outro modelo de clínica – a clínica da psicose – para tratar de pacientes portadores de transtornos mentais severos¹⁵. Para desenvolver essa experiência criaram o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz da Rocha Cerqueira. Sem a intenção de torná-lo um serviço a ser reproduzido, mas idealizado para assistir, gerar modelo de clínica e constituir um Programa Docente-Assistencial, o conjunto das atividades desenvolvidas pelo CAPS foi transformado em procedimento e incluído na tabela SIA-SUS¹⁶, em 1992. Ao longo dos anos 90, diversos serviços inspirados nessa experiência foram criados no país e, em 2002, o CAPS tornou-se uma modalidade de serviço¹⁷.

Se o CAPS, por causa de seu modelo de clínica, tornou-se o principal equipamento do modelo assistencial adotado pela Reforma Psiquiátrica, a experiência de transformação do Hospital Anchieta de Santos, iniciada em 1989,

¹⁴ Alguns ASM e UBS tinham supervisão, é verdade, mas essas supervisões, embora pudessem contribuir em muito para a compreensão dos casos, não tinham alcance em termos de concepção de assistência integral em rede e não faziam sínteses que favorecessem a integração do trabalho parcelar da equipe e da equipe com outros equipamentos. Cf. Cambraia, 1999.

¹⁵ Estes transtornos são compostos pelo grupo das esquizofrenias, transtorno afetivo bipolar, demências e deficiência mental.

¹⁶ PT SNSAS nº 224, de 19 de janeiro de 1992.

¹⁷ PT GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

tornou-se exemplar da desinstitucionalização dos internos de hospitais psiquiátricos, com a conseqüente desconstrução do hospital¹⁸.

O CAPS, inspirado na Psicoterapia Institucional Francesa¹⁹, e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos, inspirados na Psiquiatria Democrática Italiana²⁰, ambos tornaram-se referência de como deve ser o cuidado em saúde mental e constituíram-se em representantes daquilo que se concebe por práticas psicossociais reabilitadoras.

Em 1990, Campinas também realizou um grande processo de mudança da assistência em saúde mental do município a partir da co-gerência do Sanatório Cândido Ferreira pela Prefeitura da cidade. E, ao longo da década, todos os nove hospitais psiquiátricos próprios estaduais passaram por reformas. Nenhum deles foi desconstruído como Santos, mas todos tiveram o número de leitos reduzidos, criaram hospitais-dia ou centros de atenção psicossocial, desenvolveram cooperativas de trabalhos, criaram oficinas terapêuticas e, em proporções diferentes, Lares Abrigados e/ou Pensões Protegidas. Mais recentemente, parte desses equipamentos foi credenciado como Serviços Residenciais Terapêuticos.

Nesse processo, a rede de serviços de saúde mental passou a ser designada rede de cuidados de saúde mental ou de cuidados psicossociais. Abandonou-se a concepção de Programas e os princípios de referência e contra-

¹⁸ Sobre a transformação do Hospital Anchieta e a criação dos NAPS, ver NICÁCIO, M.F.S. O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituição e cultura. Dissertação (Mestrado). PUC, São Paulo, 1994.

¹⁹ Cf. Goldberg, J. – op. cit.

²⁰ Amarante (1995), op. cit., destrinça os paradigmas dos modelos que inspiraram as reformas psiquiátricas em vários países e, particularmente, a do Brasil.

referência, racionalizadores do modelo, para se adotar a noção de apoio matricial²¹.

O eixo e “sede cerebral” da articulação dessa rede passou a ser o CAPS, que deveria “regular” a assistência do território, garantindo o acesso e a integralidade da oferta, bem como capacitar as equipes de atenção básica e os serviços e programas de saúde do seu entorno.

Tanta aposta na vitalidade e competência de um serviço causa inquietações. Assim como os Ambulatórios de Saúde Mental tornaram-se “entrepósitos de distribuição de fármacos”, os Centros de Atenção Psicossocial podem constituir-se em “ambulatórios reformados”, sem alcançar a sua missão de reabilitação psicossocial e de articulação de rede. O fato de oferecer uma série de atividades e oficinas aos pacientes que freqüentam diariamente ou mais espaçadamente o CAPS, como terapia ocupacional, marcenaria, culinária, pintura, costura, etc – que sempre foram atividades oferecidas tanto nos hospitais psiquiátricos quanto nos Ambulatórios de Saúde Mental – não é o que confere ao centro o potencial reabilitador.

Saraceno, que definiu a reabilitação como uma estratégia, em oposição ao arsenal de técnicas e modelos clínicos de reabilitação, entende que ela é “um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social” (SARACENO, 1996:16). Assinala que as atividades não podem ter

²¹ O apoio matricial pressupõe a idéia de que uma equipe especializada supervisione ou discuta a condução de casos com equipes da atenção básica (por exemplo, do Programa de Saúde da Família - PSF), ou, como sugere Campos (1999), que atividades terapêuticas possam ser compartilhadas por usuários indicados por outras equipes – por exemplo, uma oficina terapêutica implantada em uma UBS torna-se referência para vários programas.

um fim em si mesmas, e que a tecnologia de reabilitação não vale pra nada. O autor faz uma provocação aos profissionais que trabalham em programas de reabilitação, perguntando: “por que um esquizofrênico teria que, além da desgraça de ser esquizofrênico, ter a desgraça de ser ator, tocador de piano ou artista plástico? Não necessitamos de esquizofrênicos pintores, necessitamos de esquizofrênicos cidadãos, não necessitamos que façam cinzeiros, necessitamos que sejam cidadãos” (SARACENO, 1996:16).

Esta grande peculiaridade, que é a de desenvolver estratégias que não busquem apenas diminuir as desabilidades dos pacientes (ou levá-los a desenvolver novas habilidades)²², mas que pretendem aumentar o nível de trocas afetivas e materiais, foi o diferencial criado pelo CAPS. Isto é, ao qualificar o valor das trocas e ampliar os cenários da reabilitação, avançou o discurso de “tratar na comunidade” e de acolher pacientes em crise (característica principal dos hospitais-dia). Na verdade, este diferencial implica em fazer com que as equipes considerem e manejem problemas de ordens diversas e entrelaçados com a doença mental na formulação dos planos terapêuticos individuais. Ou seja, presume-se que as equipes se tornem agentes de mudanças, interferindo nos conflitos familiares e territoriais e favorecendo meios que aumentem as relações de troca e autonomia dos pacientes – daí as associações de família, de trabalho, os serviços residenciais, os escritórios de advocacia, etc. São ações que transcendem as atividades convencionalmente atribuídas à clínica em saúde mental (ligadas tanto à psiquiatria clínica, quanto à psicologia e terapia

²² Sobre as técnicas e modelos de reabilitação, consultar FIGUEIREDO JR., M.M. Esquizofrenia e reabilitação psicossocial: perspectivas teóricas e práticas. (Dissertação de mestrado) Faculdade de Medicina da USP, 1996.

ocupacional), mas não as excluem. Certamente exigem muita plasticidade dos serviços, o que os torna mais permeáveis e responsáveis pelos fatores de risco associados ao desenvolvimento e à evolução das enfermidades psiquiátricas. Em resumo, não se trata de apenas reconhecer tais fatores, mas de modificá-los ou minorá-los.

Provavelmente, é por isso que o CAPS foi reproduzido como um serviço em muitos municípios brasileiros e se tornou o “modelo” de equipamento substitutivo do hospital psiquiátrico. Além disso, diferentemente dos ambulatórios de saúde mental que deveriam atender todos os casos (dos graves aos moderados) e todas as faixas etárias, os CAPS elegeram uma população alvo, formalizando um modelo de serviço que veio de encontro ao principal objetivo da reforma psiquiátrica: financiar um equipamento que fosse mais suportivo aos casos que faziam uma ponte pronto-socorro / hospital psiquiátrico, como àqueles que, com o processo de redução de leitos, começaram a ser desinternados. Além disso, a inclusão de usuários e familiares, através de Associações, foi a forma de introduzir a participação e o controle social nos serviços e na formulação de políticas, visando, ainda, a mudança de mentalidade acerca dos modos de convivência social com a loucura. A Associação Franco Basaglia do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, por exemplo, foi uma das primeiras a participar tanto de projetos do serviço (clube, projetos de trabalho, etc) como de grupos que supervisionaram os hospitais psiquiátricos em todo o país. Várias outras Associações surgiram na década de 90.

Domingos Sávio Alves (2001) expressa com clareza o direcionamento da política de saúde mental para determinados grupos de agravos, recorrendo à

sugestão de Benedetto Saraceno²³ de que: “ao se organizar um programa de saúde pública, há que se priorizar recursos na lógica de que ‘quem mais precisa é quem deve receber primeiro’. Isto quer dizer que a avaliação dos problemas tem que ser feita a todo momento, mas que alguns eventos devem merecer, por sua gravidade e custos social e financeiro, prioridade. Cita, nesta ordem: psicoses, dependência química, grave dependência institucional e deficiência mental” (ALVES, 2001:174).

Esta prioridade atribuída ao serviço nem sempre é assumida como evidência. A sugestão de que os CAPS possam atender todo o tipo de agravo aparece mais em falas e menos nos textos, o que talvez se deva à intenção de evitar o uso de terminologia psiquiátrica para designar a especificidade desses dispositivos. Pitta define os CAPS como “estruturas terapêuticas intermediárias entre a hospitalização integral e a vida comunitária, que se responsabilizam por cuidar de pessoas com problemas psiquiátricos graves... Embora estejam abertos à população em geral, costuma receber pacientes referidos de centros de saúde, pronto-socorros, hospitais e consultórios. Psicóticos, neuróticos graves, deficiências mentais moderadas, sempre acompanhadas de desajustamento sócio-cultural e econômico, têm se constituído na sua demanda típica” (PITTA, 1994:647). Não se tem notícia no Estado de São Paulo de CAPS aberto a todo e qualquer tipo de demanda em saúde mental.

²³ SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Te Corá Editora – Instituto Franco Basaglia. Belo Horizonte / Rio de Janeiro, 1999.

Os CAPS se colocam como centros de referência ao recortar do conjunto de transtornos psiquiátricos sub-grupos: o de transtornos mentais graves²⁴ (ou severos e persistentes), o de transtornos mentais neuróticos com sintomatologia exuberante e que resultam em comprometimentos sociais, o de dependentes químicos e o de crianças e adolescentes com transtornos do desenvolvimento. Embora não seja apropriado dizer que empreguem técnicas reabilitadoras, e neste sentido constituam-se em um serviço especializado, certamente ocupam hierarquia na rede.

Além disso, os CAPS, no recorte feito, atendem aos princípios de integralidade da assistência colocados pelo SUS. Integralidade que pode ser traduzida pela concepção de reabilitação psicossocial subjacente ao modo de tratar destes serviços. Isto é, nos planos terapêuticos de cada caso, devem ser considerados os indicadores e as variáveis que favorecem ou desfavorecem a evolução de uma doença. A esse respeito, Saraceno (1984) considera que existem variáveis tradicionalmente consideradas “fortes” e que são fundamentais para determinar a evolução e informar sobre a estratégia das intervenções terapêuticas: diagnóstico, idade, agudeza ou cronicidade do quadro e história da enfermidade. No entanto, chama atenção para outras, frequentemente deixadas à sombra, que têm papel fundamental na evolução da doença e na definição da estratégia de intervenção individualizada das equipes. São elas: os recursos individuais do paciente; os recursos do contexto do paciente; os recursos do

²⁴ Segundo revisão feita por Nascimento (2003), a definição de transtornos mentais graves é controversa. Porém, segundo a autora, em todas as definições incluem-se os quadros psicóticos não orgânicos (esquizofrenia, transtornos afetivos bipolares, etc) e, em algumas, os transtornos de personalidade.

serviço de atenção; os recursos do contexto do serviço de atenção. Define como objetivos gerais da intervenção: “o incremento da consciência do paciente a respeito de seus problemas (pessoais, familiares, de trabalho, econômicos, sociais e culturais); o incremento da autonomia afetiva-material do paciente e o incremento da incorporação do paciente na vida de relação social e política” (SARACENO, 1994:25).

Outro princípio do SUS, o acesso, está colocado pelo menos em tese, já que os CAPS devem atender os casos mais graves de saúde mental de sua região dentro da previsão de contingente populacional por porte de serviço²⁵.

Evidentemente, por ser uma política que ainda está sendo implantada, o número de CAPS existentes nos vários municípios é insuficiente para dar a cobertura proposta. São 126 ao todo, porém distribuídos de forma desigual no Estado de São Paulo²⁶ (vide anexo1). Desse total apenas 14 funcionam 24 horas, sendo que cinco estão em Campinas e quatro em Santos. O município de São Paulo, onde foi criado o primeiro CAPS, não tem nenhum que funcione 24 horas²⁷.

A prioridade da política de saúde mental de incrementar, na comunidade, uma rede de serviços suportivos ao tratamento de transtornos severos e persistentes não tem sido acompanhada, no plano estadual, de proposições consistentes acerca das estratégias, das ações e dos dispositivos para cuidar dos transtornos moderados, ou seja, dos sintomas ansiosos, depressivos e somatoformes – designados como morbidade psiquiátrica menor. E, na interface

²⁵ CAPS I: municípios com população entre 20.000 e 70.000 hab.; CAPS II: entre 70.000 e 200.000 hab.; CAPS III: mais de 200.000 hab.; CAPS ad II: superior a 70.000 hab. e CAPS i II: por volta de 200.000 hab.

²⁶ Dados de levantamento feito em 2004.

²⁷ O CAPS Luiz da Rocha Cerqueira foi credenciado como CAPS III, mas até agosto de 2004 não implantou o funcionamento de 24 horas.

da política de saúde mental com o manicômio judiciário, com a FEBEM, com a área de violência sexual, violência intrafamiliar, etc, o cenário fica nebuloso.

Sem dúvida, os transtornos moderados, os quadros de stress pós-traumático, os menores em liberdade assistida, etc podem e devem ser manejados na atenção básica (embora, esquizofrenias e psicoses maniaco depressivas também possam), mas isso requer algumas diretrizes e muita discussão acerca das possibilidades e formas de manejo dessas situações.

Além disso, no Estado de São Paulo, a alocação de equipes de saúde mental em Unidades Básicas de Saúde sempre foi precária e segue sendo problemática²⁸. Segundo um levantamento das modalidades de serviços de saúde mental feito pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), por Direção Regional de Saúde (DIR), em 2004, existem, aproximadamente, 600 UBS com saúde mental no Estado²⁹. Se utilizarmos a recomendação de uma UBS para cada 50.000 habitantes, com “equipe mínima” de saúde mental (SÃO PAULO, s/d), o Estado deveria tê-las em 784 UBS, ou seja, seria necessário um acréscimo de 184 equipes. A DIR – I Capital, por exemplo, possui 166, mas teria que ter 215. A DIR – XVIII Ribeirão Preto tem 15, mas deveria ter 23. Embora não se deva acreditar que a distribuição eqüitativa de serviços gere, por si só, um impacto positivo na assistência, sem isso fica difícil falar em rede.

A propósito disso, no desenho de rede apresentado pelo “Saúde Mental no SUS” (BRASIL, 2004b), o CAPS ocupa o centro da figura e dele partem fios para

²⁸ Problemática tanto no sentido numérico quanto no sentido de atribuições. Como exemplo disso, em 1996, quando foi criado um novo padrão de lotação das unidades básicas e de ambulatórios da capital, vários diretores solicitaram psicólogos para compor programas específicos do serviço: saúde da mulher e saúde da criança, principalmente.

²⁹ Destas, grande parte possui apenas psicólogo.

vários outros equipamentos – hospital geral, instituição de defesa dos direitos do usuário, centro comunitário, CAPS infantil (i), CAPS álcool e drogas (ad), pronto-socorros, unidades básicas de saúde, programas de saúde da família, residências terapêuticas, parques, praças, famílias, esportes, etc – e, entre esses equipamentos, estão as equipes de PSF, sugerindo a constituição de uma malha ou teia (Anexo 1).

Supostamente, nas questões de álcool e drogas e de transtornos da infância, os CAPS especializados em cada uma dessas áreas ocupariam o centro do desenho: os CAPS ad II e CAPS i II. Mas não foi assim que o desenho expressou as suas competências, já que os subordinou à especificidade dos CAPS especializados em transtornos mentais severos e persistentes.

Espera-se que o CAPS sem “ad” e sem “i” supervisione e regule uma rede recortada pela atenção básica e por equipes de PSF, de um lado, e, de outro, por serviços especializados (emergência psiquiátrica, hospital psiquiátrico, enfermaria psiquiátrica, ambulatórios de saúde mental). Aliás, o ASM, que era um ambulatório de especialidade, tornou-se um serviço inexistente e não aparece no desenho de rede. É impossível não particularizar esse fato, pois em 2002 existiam 112 ambulatórios de saúde mental e 110 centros de atenção psicossocial (SÃO PAULO, 2002), parte dos quais realizava procedimentos CAPS. Além disso, o volume e diversificação dos casos atendidos por esses serviços não era desprezível. Exemplo pode ser dado por um levantamento feito em 1999 junto aos

ambulatórios de saúde mental do município de São Paulo pertencentes à estrutura da SES-SP³⁰ (Quadro-1).

Quadro 1 – Número Total de Pacientes em Atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial e nos Ambulatórios de Saúde Mental com Diagnóstico de Psicose e Outros

	Total DE PACIENTES EM ATENDIMENTO	Nº DE PSICÓTICOS EM ATENDIMENTO	% PSICÓTICOS	% Outros
ASM Lapa	1.011	239	23,6	76,4
NGA-10	12.932	4.323	33,4	66,6
CAPS Itapeva	594	414	69,7	30,3
CAPS Perdizes	350	232	62,3	33,7
ASM Santo Amaro	1.865	778	41,7	58,3
ASM Itaquera	898	538	59,9	40,1
ASM São Mateus	784	259	33,0	67,0
ASM S.M. Paulista	1.956	1.173	60,0	40,0
ASM Jaçanã	2.560	900	35,2	64,8
ASM Mandaqui	2.261	790	34,9	65,1
ASM Pirituba	3.980	1.060	26,6	73,4
ASM V.Brasilândia	2.739	724	26,4	73,6
ASM Belenzinho	1.569	603	38,4	61,6
ASM Vila Guarani	1.526	839	55,0	45,0
ASM Vila Matilde	1.923	975	50,7	49,3
Total	36.948	12.947	35,0	65,0

Fonte DIR I Capital / CSRMGSP / SES-SP. Ano 1999

Ou seja, dos 36.004 pacientes em atendimento (excluindo os pacientes dos dois CAPS já existentes), 12.301 (34,2%) enquadravam-se no grupo das psicoses e 23.703 (65,8%) tinham outros diagnósticos: epilepsia, transtornos depressivos, distúrbios da infância, etc.

A depender da rede existente anteriormente e do processo de implantação de novos equipamentos, o desejo de ser CAPS – porque melhor financiado e mais investido idealmente – pode ocultar medidas precipitadas em criá-los. No

³⁰Portanto, anterior à municipalização.

município de São Paulo, por exemplo, aconteceu de credenciarem como CAPS todos os 12 ASM³¹ sem que houvesse estrutura de rede preparada para receber a carga de pacientes que foram desligados e encaminhados para outras regiões e serviços³².

Alguns dados epidemiológicos podem ajudar a dimensionar o problema. Um estudo multicêntrico sobre morbidade psiquiátrica, feito em Brasília, São Paulo e Porto Alegre, encontrou uma taxa de prevalência global de distúrbios psiquiátricos que variava de 30% a 50%, enquanto a taxa de demanda potencial a serviços especializados no tratamento desses distúrbios situava-se entre 25% e 35%. Ansiedade e fobias foram identificadas nos achados da pesquisa como os principais problemas de saúde mental; as depressões não psicóticas tiveram prevalência de até 14% para o sexo feminino e o alcoolismo de até 9% para o sexo masculino. (ALMEIDA FILHO et al, 1992).

Outra pesquisa, realizada com uma amostra de 1.464 pessoas da área de captação do Instituto de Psiquiatria do Hospital da Clínicas – FMUSP, revelou que 45,6% da amostra apresentou pelo menos um diagnóstico de transtorno psiquiátrico ao longo da vida; 26,8%, no ano anterior à entrevista e 22,2%, no último mês, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças CID-10. A dependência de tabaco, isoladamente, apareceu como mais prevalente (25% ao

³¹ Da lista, o NGA – 10 transformou-se em Centro de Referência para Álcool, Tabaco e outras Drogas – CRATOD e os outros dois CAPS mantiveram-se, embora o CAPS Perdizes tenha sido municipalizado. O CAPS Itapeva, como era chamado no início, é o CAPS Luiz da Rocha Cerqueira.

³² Quando os ASM foram municipalizados, no primeiro momento, parte dos pacientes foi “exportada” para atender à regionalização distrital do município, já que a área de abrangência dos ambulatorios era mais extensa que a dos distritos. A seguir, com decisão de transformá-los em CAPS, outra parte foi encaminhada para UBS ou PSF, por conta do critério diagnóstico. Ocorre que apenas três equipes de PSF na capital tinham psiquiatra e psicólogo e a maior parte das UBS não tinha equipe de saúde mental.

longo da vida), seguida do transtorno depressivo (18,5% ao longo da vida, 7,6% no ano anterior e 5,0% no último mês), transtorno ansioso (16,8%, 7,1% e 4,5%), transtorno somatoforme (6%, 4,2% e 3,2%) e uso nocivo/dependência de álcool (5,5%, 4,5% e 4%). Do total de entrevistados, 34,4% procuraram algum serviço de saúde no mês anterior à entrevista; 31% procurou atendimento médico não-psiquiátrico e 8% atendimento psicológico (psiquiatria, psicoterapia, aconselhamento psicológico (ANDRADE et al, 1999).

Em 1995 a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) estimou que, no ano 2000, na América Latina e Caribe, 88 milhões de pessoas apresentariam algum transtorno mental (OPAS/OMS, 95) e, em tese, demandariam algum tipo de assistência. Já em 2001, no “Relatório sobre a saúde no mundo”, a estimativa é a de que 450 milhões de pessoas estariam sofrendo de algum transtorno mental ou de comportamento e que somente uma pequena parcela estaria recebendo tratamento (OMS, 2001).

O Ministério da Saúde, com base em estimativas internacionais e feitas pelo próprio ministério³³, refere que 3% da população (5 milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes) e mais 9% precisa de atendimento eventual (transtornos menos graves), representando 20 milhões de pessoas. A necessidade de atendimento regular para transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas atingiria de 6 a 8% da população (BRASIL, 2004b).

³³ Não foram citadas as fontes.

Se aplicarmos essa proporção para o Estado de São Paulo, que tem uma população estimada em 39.239.362 habitantes³⁴, veremos que a demanda para CAPS é de 1.177.181 pessoas e a demanda de atendimento para outros serviços de saúde mental é de 3.531.543, excluindo a demanda de álcool e drogas.

No modelo proposto, os usuários eventuais de serviço seriam atendidos pelos PSF e pelas UBS em lugares onde não há equipe de PSF. Nesta situação, o que faz a diferença é o preparo das equipes de saúde da família para manejar e seguir os casos e a existência de equipe de saúde mental em UBS. Com grande frequência, a identificação de problemas / queixas de saúde mental demandará consultas, seja para formular o diagnóstico, seja para assistir os casos através de psicoterapia de apoio, suporte social, terapia medicamentosa ou outras formas de intervenção, como oficinas terapêuticas. Essas oficinas, que seriam super viáveis na atenção básica, existem em número absolutamente reduzido no Estado de São Paulo. Segundo os dados da SES-SP (SÃO PAULO, 2002), havia apenas 35 Oficinas Terapêuticas no Estado de São Paulo até 2002, embora esse número possa ser maior se considerarmos que existem outras tantas que não pediram (ou não conseguiram) credenciamento do procedimento e que transcorreram quase dois anos desde que esse levantamento foi feito.

As 2.262 equipes de Programa de Médico da Família implantadas no Estado³⁵ cuidam de, aproximadamente, 10.408.000 pessoas, ou 26,5% da população e, evidentemente, devem ser capacitadas em saúde mental. Entretanto,

³⁴ Fonte: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional para os anos inter-censitários. Estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/Datasus, 2004.

³⁵ Informação dada pela SES-SP. Planilha do MS de agosto de 2004.

até meados de 2004 não havia uma política estadual definida nessa direção, embora algumas Direções Regionais de Saúde – DIRs tivessem maior proximidade com os oito pólos de capacitação do Estado³⁶. As demandas de treinamento e capacitação na área, encaminhada pelas DIRs no início de 2004, haviam sido tabuladas³⁷, no entanto, a Área Técnica de Saúde Mental da SES-SP não estava envolvida no processo.

Apesar de a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo ter estimulado importantes iniciativas de mudanças de modelo ocorridas nos municípios paulistas e ter atuado no sentido de dar visibilidade a essas experiências entre as décadas de 80 e metade dos anos 90, daí em diante ela se retraiu. Sua ação política se voltou para as reformas dos hospitais próprios, que, finalmente, estão executando uma série de mudanças prescritas há mais de dez anos. Mas, ainda restam pouco mais de 15000 leitos e 9000 moradores de hospitais psiquiátricos.

Se as possibilidades de reversão desse quadro estão dadas, prescritas e existem os mecanismos de financiamento para fazê-lo, sobra uma extensa área da assistência para a qual não está dito o que deve ser feito.

A esse respeito, a ausência de documentação, de encontros e jornadas e de uma política de capacitação voltados a temas também pertencentes ao campo da saúde mental parece ser um indicativo de que a política de saúde mental no Estado de São Paulo, na década de 1990, tenha se limitado a executar portarias ministeriais voltadas para a reorientação do modelo e para a implantação de

³⁶ Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, Campinas, Grande São Paulo, Sorocaba / Botucatu, Marília, Baixada Santista e Vale do Paraíba, sendo que os dois últimos estavam sendo criados. Fevereiro de 2004.

³⁷ Comunicação pessoal. Consulta feita à Coordenadoria de Recursos Humanos da SES-SP.

práticas reabilitadoras, perdendo de vista o plano epidemiológico dos demais agravos e a construção de um discurso positivo em áreas bastante complexas de interface com a saúde mental.

É nos municípios que as coisas acontecem, o que não significa prescindir do papel do gestor estadual na discussão da conformação das redes de atenção à saúde mental. Esse papel, definido através da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01, abarca quatro áreas: formulação de políticas e planejamento no âmbito estadual; financiamento; coordenação, regulação e avaliação dos sistemas municipais; e prestação de serviços em caráter de exceção e áreas estratégicas.

A participação do gestor estadual na mediação das pactuações e na coordenação da elaboração do Plano Diretor de Regionalização requer propostas para o modelo de atenção à saúde mental no Estado de São Paulo que especifiquem, acrescentem conteúdo e soluções à política nacional de saúde mental.

Portanto, nos interessa estudar como vem sendo conduzida a política de saúde mental no Estado de São Paulo nesses últimos 14 anos, ou seja, desde o início da regulamentação do SUS.

O cenário da política será discutido pelo prisma da condução estadual da política de saúde mental, através de depoimentos dos Coordenadores de Saúde

Mental estaduais³⁸ e nacionais que exerceram seus cargos entre 1991 e 2004 e considerando os meios utilizados na condução técnico-política da área.

As características assumidas pelo modelo assistencial, representadas pela diversidade e finalidade / missão dos serviços que o compõem, serão tomadas como contra-ponto do discurso político do período. Entende-se que a política de saúde mental se expressa pelo conjunto de diretrizes traçadas e de prioridades estabelecidas para orientar as ações e os meios utilizados para implementá-las. O modo como a gestão estadual traduz, executa, conduz e transcende as diretrizes e portarias publicadas pelo nível federal é outro componente da política estadual que irá, em última instância, repercutir sobre o modelo de atenção.

Campos (1992;16) define modelo de atenção como “um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada caracterização de diretrizes da política sanitária em diálogo com certo saber técnico. Uma tradução para um Projeto de Atenção à Saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, sócio-culturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e desejos sobre o viver saudável”.

A definição de modelo, tido como uma intermediação entre o técnico e o político permite transitar pelos vários eixos do processo de reforma psiquiátrica brasileira, bem como pelos reflexos que experiências ocorridas em municípios paulistas (e de outros estados também) tiveram na conformação do projeto de reforma e, por ele foram impulsionadas. Considerando que a política do Estado,

³⁸ Considerou-se a função delegada pelo Secretário de Estado da Saúde e não o cargo formal ocupado. Embora a SES-SP tenha um cargo de Assessor de Saúde Mental ligado ao Gabinete do Secretário, nem sempre esse cargo foi ocupado pelo Coordenador da área.

ao formular as suas diretrizes, foi atravessada e atravessou as práticas e os saberes que inspiraram o modo de produzir e conceber o cuidado em saúde mental, olhar para o conjunto de serviços que compõem a rede de saúde mental parece ser um caminho interessante para, ao menos, inferir o modelo e ponderar a força política dessas diretrizes.

Desse modo, não se estará discutindo as teorias políticas que inspiraram o modelo de saúde brasileiro³⁹ ou, mais particularmente, o cunho neoliberal dessas políticas. Assume-se que o movimento de reforma sanitária, ao criticar o modelo hegemônico excludente de oferta de assistência em saúde (modelo médico-assistencial privatista, vigente entre as décadas de 1960-1980), o fez tomando a saúde e a democracia como bens universais.

Costa e Birman (1994) citam Foucault, que demarca o ano de 1942, em plena II Guerra Mundial, como simbólico do recomeço da História da Medicina por afirmar o direito à saúde: “é em meio a esta guerra que se encontra afirmado, não o direito a viver, mas um direito diferente, mais rico e mais complexo, o direito à saúde” (FOUCAULT *apud* COSTA&BIRMAN, 1994:46). Segundo os autores, as leis publicadas a seguir na Inglaterra e na França irão reformular o “perfil assistencial em relação ao doente mental, que passa a ser encarado com um outro olhar” (COSTA&BIRMAN, 1994:46).

O princípio da saúde como um direito de todos e a integração dos segmentos sociais organizados (usuários e entidades diversas) na formulação das

³⁹ Sobre o tema há um número considerável de estudos: Braga, J.C.S. & Paula, S.G. Saúde e Previdência: estudos de políticas sociais. São Paulo, CEBES / HUCITEC, 1981; Campos, G.W.S. A reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo, Editora HUCITEC, 1992; VILAÇA MENDES, E. Os grandes dilemas do SUS. Tomo I e II, Salvador, Casa da Qualidade, 2001; ESCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1999; e outros.

políticas e no controle social tendem a expressar a noção de bem comum, de democracia e de princípio de defesa da vida. Mas, foram precisos mais de 40 anos para que este princípio repercutisse na legislação brasileira.

Até os anos 70, a saúde no Brasil estava dicotomizada entre ações de saúde pública e ações médicas curativas: as primeiras eram atribuições do Ministério da Saúde e as segundas da Previdência Social, cuja cobertura abarcava somente a população previdenciária. Foi nos centros de saúde e durante o período de vigência da ditadura militar que teve início a integração das ações médico-assistenciais às de saúde pública. Contudo, já em meados da década de 1960, mais particularmente com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, o Brasil começou a adotar uma política de extensão da cobertura, através da contratação de serviços privados – subsidiada pelo INPS e justificada pela necessidade de incorporação de tecnologia (só em parte verdadeira⁴⁰) –, que irá mudar o perfil da assistência á saúde.

A abertura política da década de 1980 foi marcada por inúmeros movimentos iniciados na década de 1970, que resultaram em um aumento da participação social na formulação da política nacional: o movimento pelas “Diretas Já” deu força à convocação da Assembléia Nacional Constituinte, cujo fruto de trabalho foi a elaboração da Constituição Federal de 1988, que instituiu, entre outras coisas, a eleição direta para presidente e o Sistema Único de Saúde – SUS.

Assimilando as reivindicações do movimento social e, particularmente as do movimento de reforma sanitária, o texto constitucional estabeleceu que “a saúde é

⁴⁰ Cf. Braga (1981).

um 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 a sua promoção, proteção e recuperação”. Para tanto, instituiu o Sistema Único de Saúde, através da estruturação de uma rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada, pautada nas seguintes diretrizes:

- “I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. participação da comunidade” (Brasil, 1988).

A regulamentação do Sistema Único de Saúde, de competência do poder público, só foi se dar em 1990, através da Lei Orgânica de Saúde que, na verdade, agrega duas leis: a Lei nº 8080 e a Lei nº 8142. A primeira dispõe sobre os objetivos, atribuições, princípios e diretrizes, passando pela gestão e participação do setor privado no SUS; a segunda reconhece e disciplina a função de duas instâncias colegiadas (a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde), além de definir de que forma se darão as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Coloca como exigência para os repasses federais, tanto para os Estados como para os Municípios, a existência de um Fundo de Saúde, de um Conselho de Saúde, de um Plano de Saúde, de Relatórios de Gestão, de contrapartida de recursos e a existência de uma Comissão para elaboração de um Plano de Carreira, Cargos e Salários (BRASIL, 1991).

Tida como projeto contra-hegemônico⁴¹ e defendida pelo movimento de Reforma Sanitária⁴², a proposta do SUS foi apresentada originalmente pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em 1979, no I Simpósio de Políticas da Saúde da Câmara dos Deputados (AMARANTE, 1995). Criado em 1976, o CEBES foi um "interlocutor político importante nas arenas de discussão e formulação de políticas de saúde" (COHN, 1989:26).

Entre essa apresentação e a regulamentação do SUS, passaram-se onze anos. Anos em que uma série de processos sociais, políticos e institucionais aconteceram, tensionando e imprimindo as características do sistema de saúde atual. Embora não seja pretensão refazer o percurso trilhado pelo movimento de Reforma Sanitária ou mesmo o percurso da implantação do SUS, alguns fatos são de relevância para se entender as mudanças que ocorreram na política de saúde mental a partir dos anos 90.

A crise financeira da Previdência Social dos anos 1981-1982, atribuída ao elevado gasto do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS com a assistência médica⁴³, levou, como forma de debelar a crise, à criação do Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária – CONASP, que tinha "como finalidade principal estudar e propor normas mais

⁴¹ O projeto hegemônico refere-se ao modelo médico assistencial privatista de cunho neoliberal, consolidado na década de 1980. (VILAÇA MENDES, 2001)

⁴² Segundo Vilaça Mendes (2001:42) "a reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares do sistema".

⁴³ Segundo Cohn (2003), o gasto com a assistência médica consumia, na época, 29,7% do orçamento. Além disso, trata-se de um período recessivo da economia em que a arrecadação era decrescente há já alguns anos. Op. cit.

adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, assim como indicar a necessária alocação de recursos financeiros ou de qualquer outra natureza e propor medidas de avaliação e controle do sistema de atenção médica” (VILAÇA MENDES, 2001:36). Dentre os vários projetos formulados pelo CONASP, dois tiveram destaque e foram efetivamente implantados: as Ações Integradas de Saúde – AIS e a Autorização de Internação Hospitalar - AIH, em substituição à Guia de Internação Hospitalar, tida como “um cheque em branco”. As AIS criaram mecanismos de repasse de dinheiro da Previdência Social, através do INAMPS, para as Secretarias estaduais e municipais, representando um aporte significativo de recursos para os sistemas de saúde dessas instâncias (CAMPOS, 1992; COHN, 2003). Já a criação das AIH estabeleceu o pagamento das internações a partir de um estudo histórico de gastos, substituindo o pagamento de cada ato parcelar utilizado no procedimento, o que gerava custos exorbitantes e burlas na apresentação de contas.

Em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS sucedeu as AIS, dando início ao processo de estadualização das unidades do INAMPS, além do repasse de dinheiro que já vinha ocorrendo. O SUDS emergiu num contexto em que já havia consenso nos debates da saúde sobre a proposta de descentralização para viabilizar a universalização do acesso e a equidade do sistema, bem como sobre a atribuição de que o Estado assumisse a produção dos serviços e exercesse um controle rígido sobre o setor privado (COHN, 2003). Ainda, segundo Cohn, “essa proposta, que se antecipa aos trabalhos na Assembléia Nacional Constituinte, vem ao encontro do princípio do Sistema Único de Saúde, descentralizado e sob a égide do setor público, com comando único em

cada esfera de poder – federal, estadual e municipal – contemplado na constituição federal promulgada em outubro de 1988” (COHN, 2003:48).

Também no campo da saúde mental, a expansão de cobertura representou uma política de privilegiamento de contratação de leitos do setor privado que, como observa Pitta (1984), estava a serviço da indústria de internações. Na verdade, os mecanismos de compra de serviços privados que permitiram a ampliação das empresas hospitalares se deram onze anos antes da criação do INAMPS: datam da criação do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS, em 1966, a partir da fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP. Na época, o INPS passou a concentrar e centralizar esses recursos, materializando “de forma pronunciada sua política privatizante, transferindo os recursos para os hospitais privados e ampliando as empresas hospitalares” (PINHEIRO, 1980 *apud* PITTA, 1984:56).

Como a reforma psiquiátrica brasileira se insere na reforma nacional do sistema público de saúde, os parâmetros gerais adotados para abordar a política estadual foram aqueles dados pela conceituação que se tem produzido relativamente ao conteúdo dos princípios e das diretrizes do SUS.

Segundo Cecílio (2001), universalidade, integralidade e equidade representam um conceito-signo tríplice que traduz o ideário da reforma sanitária, no qual a cidadania, a saúde como direito e a superação das iniquidades resultantes das desigualdades sociais são valores implícitos.

Vincent van Gogh (1853-1890)
O quarto em Arles (74x92cm)
Pintado em Arles – Out 1888
Duas cópias (praticamente iguais) foram feitas durante essa internação
Chicago - Instituto de Arte
Paris – Museu do Louvre

2. 1 Marcos conceituais

Elegeu-se a integralidade como o conceito chave, dada a sua presença na imagem objetivo ⁴⁴ do movimento sanitário e a sua característica polissêmica – uma “noção preñe de sentidos” (MATTOS, 2001) –, que permite referir ora à característica do tipo de cuidado que se quer ofertar, ora ao tipo de rede que se quer implantar.

Para Mattos (2001), integralidade, mais do que uma diretriz, é uma bandeira de luta do SUS, cujo enunciado agrega um conjunto de valores ligados ao ideal de uma sociedade mais justa e solidária. O autor desenvolve três conjuntos de sentidos que o princípio de integralidade assume: 1º) atributos ligados às práticas dos profissionais de saúde; 2º) atributos da organização de serviços; 3º) atributos de certas políticas especiais de saúde.

No primeiro sentido, atributos que se pretende imprimir às práticas dos profissionais de saúde, integralidade designa aquilo que seria a “boa prática”. A noção vem do Movimento de Medicina Integral, surgido nos Estados Unidos nas décadas de 1940 e 1950, que criticava as características fragmentárias da prática médica por reduzirem a intervenção ao biológico, excluindo as dimensões sociais e psicológicas do processo de adoecimento. Donnangelo (1979:79) assinala que “o conceito de ‘medicina integral’ instala o confronto entre o caráter fragmentário do trabalho médico, correspondente ao desenvolvimento das especialidades, e

⁴⁴ “A noção de imagem objetivo tem sido usada na área de planejamento para designar uma certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável. Diferencia-se de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido” (Mattos, 2001:41)

uma concepção globalizadora do objeto individual da prática – totalidade bio-psico-social irreduzível a um conjunto de estruturas e funções orgânicas”.

Entendendo que esta atitude fragmentária e reducionista era decorrente da característica dos currículos médicos, a proposta da medicina integral era de mudança curricular, introduzindo conhecimentos ligados à psicologia (relação médico-paciente) e à sociologia (contextos culturais) no ciclo básico (centrado no aprendizado das ciências básicas) e enfatizando a experiência de aprendizagem em ambulatórios e serviços comunitários. Esses seriam lugares que favoreceriam a apreensão do contexto de vida dos pacientes, ao contrário do hospital, mais recortado pelas especialidades e lugar de excelência da aprendizagem clínica. Portanto, para a medicina integral, a “boa medicina” seria resultado de uma atitude que integrasse as dimensões biopsicossociais na consulta.

A Medicina Comunitária, que surge nos EUA, na década de 1960, como projeto de reforma médica, ligada a programas assistenciais voltados à pobreza, irá superpor o campo da medicina integral e da medicina preventiva, postulando “a subordinação da prática médica à dimensão social do processo, impondo a superação do corte entre aspectos orgânicos e psicossociais, entre as condutas preventivas e curativas, entre a prática individual e efeitos coletivos da atenção à saúde. Apresenta-se igualmente como uma resposta à inadequação da prática médica...” e, apesar de defender a mudança curricular, “localiza os elementos responsáveis pela inadequação não apenas nos aspectos internos ao ato médico individual, mas, sobretudo, em aspectos organizacionais da estrutura de atenção médica, superáveis através de novos modelos de organização que tomem como

base o cuidado dos grupos sociais, antes que dos indivíduos” (DONNANGELO, 1979:86).

Essas idéias serão difundidas, na década de 1970, na América Latina, por agências internacionais – Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde – e “resultarão em programas experimentais de prestação de serviços que se propõem o desenvolvimento de modelos de assistência passíveis de garantir a extensão do cuidado à saúde a populações pobres, urbanas e rurais” (DONNANGELO, 1979:85).

Não cabe continuar apontado as demais características da Medicina Comunitária, mas é preciso dizer que, no Brasil, na década de 1970, ocorrerá uma aproximação crítica da medicina integral junto aos departamentos de Medicina Preventiva, “*locus* privilegiado da resistência ao regime militar e um dos berços do que seria posteriormente chamado de Movimento Sanitário” (MATTOS, 2001:46). Ainda, segundo o autor, ao considerar as práticas em saúde como socialmente determinadas, a Saúde Coletiva “foi reconfigurando o eixo de interpretação típico da medicina integral: os comportamentos dos médicos (e suas atitudes fragmentárias e reducionistas) não deveriam ser atribuídos exclusivamente às escolas médicas. Quer através de uma matriz de base marxista, que ressaltava as mudanças nas relações de trabalho, a crise da medicina tipicamente liberal e o assalariamento dos médicos, quer através de uma leitura das articulações entre estado, serviços de saúde e indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos cristalizada na noção de complexo médico-industrial, o peso atribuído às escolas médicas na produção daquela fragmentação e naquela postura reducionista foi sendo relativamente minimizado. Em consequência, para o bem ou para o mal, a

transformação da escola médica deixou de ser uma estratégia privilegiada de transformação no movimento sanitário” (MATTOS, 2001: 46).

De todo modo, a mudança dos currículos de escolas médicas aparece, nos anos 90, ligada à necessidade de se formar médicos generalistas, em função da demanda do Programa de Saúde da Família. Talvez não se deva falar em mudanças, mas em incorporação de mais uma área ao nível da residência médica, a Residência em Saúde da Família. Cursos de especialização neste campo também começaram a ser desenvolvidos pelas escolas, mas com uma abrangência maior, isto é, abarcando diversas categorias profissionais ligadas à área da saúde.

Quanto à concepção da integração biopsicossocial no campo da assistência psiquiátrica, ela apareceu no relatório de 1975 do Ministério da Previdência e Assistência Social (BRASIL, 1975), que dispunha sobre as diretrizes de reorganização dos serviços prestados por essa instância, tomando como modelo de inspiração as concepções da Psiquiatria Comunitária. Embora este documento não tenha tido qualquer repercussão no sistema de prestação de serviços da psiquiatria previdenciária⁴⁵, ele recorreu à Psiquiatria Comunitária como modelo e construiu um fluxo de recursos da comunidade para a assistência psiquiátrica, que envolvia os seguintes equipamentos: centro comunitário, ambulatório, domicílio, hospital psiquiátrico-pronto socorro, unidade psiquiátrica em hospital geral, manicômio judiciário, frenocômio, hospital-dia, hospital-noite, unidade de terapia ocupacional e pensões protegidas.

⁴⁵ As mudanças só começaram a ocorrer na década de 1980, com a abertura política e com o início do processo de convênios do INAMPS com Estados e Municípios, através das Ações Integradas de Saúde e, a seguir, pela implantação dos Sistema Único e Descentralizado de Saúde.

Segundo Giordano Jr (1989:140), no Brasil, “a articulação da Psiquiatria Comunitária à Saúde Pública se dará em função tanto da estratégia de expansão de cuidados psiquiátricos à população não previdenciária como da própria inviabilidade econômica da política exclusivamente privatista”, responsável pela imensa expansão de leitos, através da compra de serviços privados, na década de 1970. No Estado de São Paulo, em 1980, dos 121 hospitais psiquiátricos, 112 eram particulares e, dos 39.122 leitos, 28.030 eram privados (Pitta-Hoisel, 1984).

Retomando a descrição dos sentidos da integralidade desenvolvidos por Mattos (2001), no segundo, atributos da organização de serviços de saúde e das práticas, ele destaca que a integração das práticas de saúde pública com as práticas curativas atendeu ao princípio da integralidade na lógica de organizá-las. As primeiras sob responsabilidade do Ministério da Saúde e as segundas, do Ministério da Previdência Social, através do INAMPS, traduziam a estrutura dicotomizada da assistência à saúde.

Como foi dito, o início do processo de integração das duas práticas ocorreu nos centros de saúde, que, até então, executavam ações exclusivamente voltadas à vacinação, à puericultura e a algumas doenças infecciosas (hanseníase e tuberculose), através dos Programas de Saúde. Segundo Nemes (1993:78), a “Programação pretendeu articular instrumentos tradicionais da medicina previdenciária e da Saúde Pública a partir de um ponto de vista coletivo...” incorporando “a assistência médica individual a um conjunto de outras atividades que compunham um plano de intervenção dirigido a coletivos”. Ou seja, os objetivos da programação eram definidos epidemiologicamente, o Programa,

recortado pelos grupos populacionais (criança, adulto e gestante) e os sub-programas, pelos agravos que acometiam essa população.

Criticando a concepção dos Programas por serem organizados por uma racionalidade epidemiológica, Mattos (2001) ressalta que há necessidades de saúde que não podem ser apreendidas através dessa dimensão e que certas ações de saúde são justificadas mesmo que não causem impacto epidemiológico. Ou seja, a organização de serviços não deve responder exclusivamente às doenças, embora também deva fazê-lo. O autor sugere que “a integralidade se apresenta como um modo de organizar os serviços sempre aberto a assimilar uma necessidade não contemplada na organização anteriormente dada” (MATTOS, 2001:57)

De todo modo, na década de 1980, a expansão da assistência à saúde mental no Estado de São Paulo se deu a partir da lógica de Programação, e já se falava em assistência integral. O programa de saúde mental estruturou-se através de sub-programas voltados aos adultos (psicóticos e neuróticos) e crianças com “problemas emocionais” e com “problemas de escolaridade”.

No terceiro sentido, o da integralidade ligado às políticas especiais de saúde, o autor dá alguns exemplos, como a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e a resposta governamental à AIDS. No PAISM, ele destaca a contribuição do movimento feminista na formulação dessa concepção de integralidade, comentando que as críticas feitas às ações de saúde voltadas fundamentalmente ao ciclo gravídico-puerperal tiveram repercussão na elaboração do PAISM, de modo a introduzir outras dimensões ligadas ao adoecimento e à perspectiva de autonomia na relação com o próprio corpo. As

formas de dominação nas relações de gênero, a violência, a autonomia na escolha do número de filhos (que deu outro sentido ao planejamento familiar) foram aspectos que ampliaram o horizonte da concepção de saúde, apesar de, na prática, o programa ter-se ocupado “predominantemente com os problemas de saúde da mulher diretamente relacionados com o útero (gravídico ou não) e com as mamas, assim como com o planejamento familiar” (MATTOS, 2001:59). A AIDS é outro exemplo de política especial que incorpora ações de prevenção e assistência.

Ao PAISM e às ações de prevenção e assistência relacionada à AIDS, agregaríamos a política de saúde mental que, a partir dos anos 90, ampliou o foco da assistência psiquiátrica centrada na intervenção sobre a manifestação dos sintomas das enfermidades mentais, assumindo como meta ações de cuidado que favorecessem a inclusão, o aumento de autonomia e contratualidade sociais. Colocado o assento na inclusão, o Ministério da Saúde passou a financiar serviços e procedimentos dirigidos a tais práticas. Exemplo disso são os Serviços Residenciais Terapêuticos e o auxílio reabilitação (auxílio pecuniário) – “De Volta para Casa” –, destinados à desospitalização e retorno à comunidade de pacientes internados de longa data e com perda de vínculos familiares. Equipes de saúde mental local devem se responsabilizar pelo paciente, garantindo a assistência e as ações de reabilitação psicossocial. As diversas dimensões desse programa têm a finalidade de “contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-

estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania” (BRASIL, 2003:1).

Outra forma de definir integralidade é que contém os três sentidos atribuídos por Mattos é aquela desenvolvida por Cecílio (2001). A partir da construção de uma taxonomia para apreender as necessidades de saúde, o autor estabelece duas dimensões para a noção de integralidade: integralidade focalizada e integralidade ampliada.

Organiza a taxonomia das necessidades em quatro grupos que devem ser considerados e “escutados” pelas equipes na relação com os usuários e facilitados pela organização de serviços para serem satisfeitos: “boas condições de vida”; acesso e poder de consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional; necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida” (CECILIO, 2001).

Sobre as “boas condições de vida”, o autor afirma que elas poderiam ser entendidas tanto no sentido funcionalista, que atribui ao ambiente a determinação do processo saúde-doença – história natural da doença –, quanto marxista, onde explicações dadas ao processo de adoecimento são determinadas pelos lugares que as pessoas ocupam no processo produtivo das sociedades capitalistas. Desse modo, saneamento, condições de moradia e hábitos pessoais, tanto quanto o lugar e tipo de trabalho que as pessoas desempenham (fábricas, construção civil, escritório, etc) são igualmente importantes para se definir a “maneira como se vive” e se traduziriam em diferentes necessidades de saúde.

Sobre o acesso e poder de consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, a crítica recai sobre a hierarquia de complexidade tecnológica, sendo que o uso que se faz dela deveria ser definido a partir da necessidade de cada pessoa em cada momento singular que vive (CECILIO, 2001).

Sobre a criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional, é apontado que o vínculo transcende a ligação formal do paciente com o serviço ou programa – ter um número de prontuário – e é definido como “uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades” (CECILIO, 2001:115).

Embora o autor sugira uma característica positiva à vinculação – e sabemos que nem sempre ela o é –, o que parece estar sendo valorizado é a dimensão subjetiva das ligações estabelecidas entre paciente e serviço.

Sobre a necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida, observa-se que a educação e a informação não são suficientes para o processo de autonomia. Os sujeitos devem ter a possibilidade de reconstruir o sentido de suas vidas e “esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível” (Cecílio, 2001:115).

A gênese das necessidades de saúde foi minuciosamente elaborada por Mendes Gonçalves (1992). Entrelaçada que está com a oferta dos serviços de saúde, “ao pensarmos em necessidades de saúde imediatamente nos lembramos da “assistência”, pois a imagem mais clara delas está representada pela procura de cuidados médicos que um doente faz ao dirigir-se a um serviço assistencial.

Caracterizamos essa procura como demanda, uma busca ativa por intervenção que representa também consumo, no caso dos serviços. A origem dessa busca é o carecimento, algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu atual estado sócio-vital. Pode ser uma alteração física, orgânica, que o impede de seguir vivendo em sua rotina de vida, ou um sofrimento ainda não identificado fisicamente; ou até mesmo uma situação que reconhece como “uma falta”, algo que carece, como por exemplo, uma informação. Esse indivíduo que se sente doente, ou em sofrimento, enxerga uma saída: assume que há correção desejável para seu problema e que existem meios para isso. O resultado das intervenções sobre qualquer desses carecimentos é reconhecido, portanto, como necessidade, tornando as próprias intervenções também necessidades” (SCHRAIBER & MENDES GONÇALVES, 1996:29).

Voltados para satisfazer as necessidades de saúde, se os serviços e o sistema de saúde buscarem a integralidade na satisfação dessas necessidades, pode-se tratá-las em duas dimensões: a integralidade focalizada e a integralidade ampliada. Uma relativa às características da equipe de saúde; a outra, às relações entre serviços, incluído aí acesso e facilitação de fluxo.

Na primeira dimensão, a da integralidade focalizada, ela se dá no espaço dos serviços de saúde e é expressão do tipo de trabalho e de “escuta” realizado pela equipe. Resultado da integração de saberes, de práticas e de “um trabalho solidário da equipe, a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sendo sempre

complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual” (CECILIO, 2001:116).

A idéia é a de que a equipe seja capaz de identificar outras necessidades para além daquela expressa na demanda que, na verdade, é conformada pelos próprios serviços de saúde. As pessoas demandam, via de regra, aquilo que os serviços oferecem: consultas, exames, etc. Cabe à equipe perscrutar o que se esconde atrás de uma queixa e que ainda não foi transformado em necessidade. Algumas dores podem estar relacionadas à exposição a situações de violência, alguns sintomas inespecíficos podem estar relacionados a quadros depressivos, enfim... Além disso, a citação acima remete à idéia de uma oferta de cuidados que ultrapassa o foco das intervenções pautadas exclusivamente na racionalidade epidemiológica, característica da Programação.

As equipes têm que desenvolver formas de comunicação que lhes permitam esta integração, de modo a superar as práticas estanques tão freqüentemente atribuídas ao trabalho multiprofissional: sobreposição de especialidades sem integração do trabalho parcelar (PEDUZZI & PALMA, 1996; PEDUZZI, 1998). Porém, por mais articuladas que sejam as práticas no interior de uma equipe e por mais refinados que sejam os processos comunicativos, “é necessário ter em conta que a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular” (CECILIO, 2001:117).

Portanto, a outra dimensão da integralidade, a integralidade ampliada, deve ser objetivo de rede. Aponta-se para o fato de que as diversas tecnologias necessárias para melhorar e prolongar a vida encontram-se distribuídas em vários serviços, e o acesso que a pessoa deve poder ter, no caso de necessitá-las, é o

que favorece a integralidade. Cecílio reconceitua a noção de serviço de referência e contra-referência, defendendo a lógica de que os serviços super-especializados também desenvolvam escuta e atuem no sentido de favorecer a autonomia do paciente. Ou seja, critica a função exclusiva de “finalização” da assistência desses serviços descompromissados com a rede. Entende que “é necessário pensar o “sistema” menos como uma pirâmide de serviços racionalmente organizados de forma hierarquizada e mais como uma rede com múltiplas entradas, múltiplos fluxos, para cuja construção as representações e necessidades individuais são muito importantes”. (CECILIO, 2001:118).

De tudo o que foi descrito sobre integralidade, é a noção de integralidade ampliada a que mais se adequa à discussão da política de saúde mental que se pretende fazer nesta pesquisa. Sobretudo, porque se parte do princípio de que uma unidade de saúde não é capaz de disponibilizar tudo o que é necessário para atender as necessidades de saúde mental da área em que está. Ou melhor, parte daquilo que é necessário para favorecer a inserção social dos pacientes e melhorar a qualidade de vida na ampla faixa de agravos mentais não será contemplada no interior do serviço de saúde (seja um CAPS, seja uma UBS), pois diz respeito ao uso de recursos não assistenciais da comunidade. No entanto, o acesso e disponibilização desses recursos devem ser articulados pelos serviços e equipes de saúde mental.

O atendimento do leque de demandas de saúde mental se coloca como um desafio para uma política empenhada em reorientar o modelo. Se o atendimento aos transtornos psiquiátricos graves está relativamente equacionado, a entrada em cena do Programa de Saúde da Família abre um horizonte enorme para o

campo de práticas voltadas aos demais agravos à saúde mental, estejam eles ligados a situações geradoras de distúrbios (violência doméstica e sexual, desemprego, mudança de contextos familiares), ou a componentes de natureza intra-psíquica.

A diversidade de demandas remete, por um lado, à questão de uma rede integral de cuidados e, por outro, ao acesso a tais cuidados. Acesso que pode ser tratado a partir de várias dimensões e que Campos (1992) relaciona com a acolhida pelos serviços de saúde de velhos e novos pacientes, defendendo que eles possuam abertura e potencial de responsabilização para os problemas de saúde de uma região. Recorre à noção de plasticidade do modelo, ligada que está à capacidade de mudança, no sentido de adaptação de técnicas e de múltiplas combinações de atividades, para “dar conta da variedade dos problemas de saúde mental, da inconstância dos recursos disponíveis e de seu entrelaçamento com aspectos sócio-econômicos e culturais” (CAMPOS, 1992:18).

Giovanella e Fleury (1996) defendem que se tome o acesso como categoria analítica de estudos sobre o sistema de atenção brasileiro para que se possa avaliar a efetividade do SUS. Baseadas em estudos que analisam a lógica de financiamento dos subsistemas de atenção⁴⁶, referem que ocorreu uma auto-exclusão das classes médias do SUS e adesão delas aos planos de saúde privados.

⁴⁶ Subsistema de alta tecnologia, subsistema de assistência médico-supletiva e o subsistema público. As autoras baseiam-se em estudos realizados por Médici e por Mendes, referindo que um desenha essa configuração e o outro traduz.

As autoras fazem uma revisão do conceito de acesso para diferenciá-lo da utilização de serviço⁴⁷ e abstraem quatro modelos que trabalham com a categoria acesso: modelo economicista, modelo sanitarista-planificador, modelo sanitarista-politicista e modelo das representações sociais.

O primeiro centra-se na relação entre a oferta e a demanda; no segundo, o acesso é dado pela planificação da distribuição de recursos; no terceiro, o acesso é construído a partir da consciência sanitária do usuário e de sua participação na gestão e no controle social; o quarto remete às representações simbólicas como mediadoras da instituição do real.

Como pode ser depreendido dos quatro modelos citados, há uma diversidade de métodos e de dimensões que permitem analisar o acesso. Como os dados e as informações obtidas neste estudo não permitem uma discussão pormenorizada do acesso, a distribuição de recursos foi o elemento escolhido para problematizar a tendência de implantação e a evolução da rede de serviços de saúde mental nos últimos quatorze anos.

Enfatizando aspectos que favorecem a inclusão / exclusão do paciente no sistema de saúde, bem como a articulação de integração dos processos de atenção a partir das equipes do Programa de Saúde da Família, Alves (2001), tomando de Saraceno (1999) a sistematização que traduz o sentido de acessibilidade, refere a localização geográfica (fluxo viário, barreiras físicas e outras), os turnos de funcionamento de um serviço (e o fato de ele ser único ou integrado a outros da região) e o menu de programas (variedade de atividades desenvolvidas, que vão da assistência à reinserção social, passando pelo lazer,

⁴⁷ Trabalham com Donabedian, Frenk, Dever e outros.

hospitalidade e trabalho) como aspectos que, na lógica da acessibilidade, traduzem a qualidade de um programa.

É possível concluir que tanto Campos (1992) quanto Alves (2001) concordam que a diversidade de ações e atividades favorecem o acesso por se relacionarem com a possibilidade de contemplar uma gama ampla de necessidades de saúde.

Outro conceito fundamental para discutir política de saúde é o de equidade. Na definição de Aurélio Buarque de Hollanda Ferreira (2000), equidade significa a “disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um”; o “conjunto de princípios imutáveis de justiça que induzem o juiz a um critério de moderação e de igualdade, ainda que em detrimento do direito objetivo”; o “sentimento de justiça avesso a um critério de julgamento ou tratamento rigoroso e estritamente legal”; ou “igualdade, retidão, equanimidade”. Ou como aparece no texto Saúde mental no SUS, equidade é “o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças” (BRASIL, 2004b:13)

Aplicada à política, “a equidade é entendida como superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas (...) Subjacente a este conceito está o entendimento de que as desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas ‘naturalmente’, mas sim criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização da sociedade” (MALTA, 2001 *apud* CECILIO, 2001:120)

A equidade necessariamente remete ao seu contrário, ou seja, à iniquidade ou injustiças decorrentes, no caso da saúde, do não acesso a ações e serviços que possam melhorar a vida de uma pessoa ou de grupos populacionais. Trata-se dos vários recursos – habitação, saneamento, serviços de saúde, etc – disponíveis a alguns grupos e inacessíveis a outros.

O ideário do SUS defende um sistema equânime só alcançável se houver um direcionamento das políticas de saúde para os grupos excluídos e com cobertura precária e/ou de má qualidade.

Mas há especificidades no campo da saúde mental, particularmente ligadas à reforma psiquiátrica, que necessitam explicitação.

Amarante (2003) analisa duas leituras do termo reforma: uma em que o termo é empregado de forma conservadora e a reforma psiquiátrica é traduzida como uma reforma administrativa e técnica, ou seja, como reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico, e outra em que o termo reforma é tomado no sentido de “reforma estrutural, com expressivo núcleo de subversão às condições da relação saúde-Estado”, superando o sentido conservador do termo (AMARANTE, 2003:47).

Se entendida como uma reforma administrativa ou técnica do modelo assistencial, através da reorganização dos serviços, a reforma psiquiátrica pode ser expressa como uma “modernização das técnicas terapêuticas” (AMARANTE, 2003:46), mas se tratada como um processo de transformação estrutural, ela envolve a desconstrução dos saberes que informam as práticas terapêuticas.

Apontando que a expressão Reforma Psiquiátrica foi usada por extensão à Reforma Sanitária – mais amplamente utilizada após a VIII Conferência Nacional

de Saúde –, o autor considera que o movimento de reforma psiquiátrica se distanciou do movimento sanitário ao manter um viés desinstitucionalizante (AMARANTE, 1995).

Ao tecer explicações para esse distanciamento, Amarante (1995) levanta três hipóteses explicativas. Uma é a de que, ao sustentar o viés desinstitucionalizante, o movimento de reforma psiquiátrica “mantém em debate a questão da institucionalização da doença e do sujeito da doença, ao passo que o movimento sanitário perde de vista a problematização do dispositivo de controle e normatização próprios da medicina enquanto instituição social” (AMARANTE, 1995:99). Outra possível explicação recai sobre a ênfase sanitarista nos “mecanismos de referência e contra-referência, de controle epidemiológico, de padrões de atendimento, mas não conseguem interferir no *ato saúde*, no contexto da relação entre profissional e usuário”. (AMARANTE, 1995: 99). Outra hipótese ainda é a concepção marcadamente estrutural das transformações na tradição sanitarista, isto é, a de que seria “preciso mudar a Política Nacional de Saúde Mental para que as pessoas fossem bem atendidas, ouvidas e cuidadas” (AMARANTE, 1995:100).

O mesmo autor considera que a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) inaugura a mudança dessa concepção, pois a “estratégia de transformar o sistema de saúde mental encontra uma nova tática: é preciso desinstitucionalizar / desconstruir / construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico; é preciso inventar novas formas de lidar com essas questões, sabendo ser possível transcender os modelos preestabelecidos

pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas, às comunidades” (AMARANTE, 1995:100).

A noção de desinstitucionalização no texto é tomada no sentido dado pelos autores ligados à Psiquiatria Democrática Italiana que, na explicação de Franco Rotelli, corresponde a uma ruptura com o paradigma clínico da Psiquiatria, cujo objeto é a doença, sobre o qual se constrói a instituição manicomial (ROTELLI *et al*, 1990b). Ao discorrer sobre a instituição a ser negada, esclarece que não se trata apenas de desmontar o manicômio, senão de desconstruir “o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: a “doença”, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto “periculosidade” (ROTELLI, 1990:90a).

Na experiência italiana de desinstitucionalização, o novo objeto a ser tratado é a “existência-sofrimento” dos pacientes na relação com a sociedade. Rotelli (1990) considera os diversos tipos de terapia (médica, psicológica, psicoterapêutica, psicofarmacológica, social, etc) intervenções codificadas e parciais (a despeito de considerá-las momentos importantes) e, como consequência da intenção em demolir tais “tipologias” de intervenção, “a relação terapêutica tende a ocupar-se de questões afetivas, econômicas, jurídicas, relacionais, dos níveis de estatutos, da família, do trabalho etc ...sem cindir essas questões, sem confiá-las a profissões separadas” (ROTELLI *et al*, 1990:47c).

Na busca em construir uma concepção de reforma que supere a noção de reorientação do modelo e apoiado na formulação italiana de

desinstitucionalização, Amarante (2003) concebe quatro dimensões para a construção do conceito de reforma psiquiátrica: epistemológica ou teórico-conceitual, técnica-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

Na primeira, propõe uma reflexão sobre os conceitos pertencentes ao campo da ciência (verdade, neutralidade científica, etc) e, especificamente sobre aqueles produzidos pela Psiquiatria (alienação mental, isolamento terapêutico, normalidade/anormalidade, tratamento moral, etc). Propondo, como Rotelli (1990a), a desconstrução do paradigma psiquiátrico e a problematização das relações entre conhecimento e objeto, Amarante toma a doença não como um “objeto naturalizado, reduzido a uma alteração biológica ou de outra ordem simples, para tornar-se um processo saúde / enfermidade ... uma experiência na vida de sujeitos distintos” (AMARANTE: 2003:53).

Na segunda dimensão, a desconstrução do paradigma psiquiátrico que imprimiu e legitimou o modelo assistencial calcado no isolamento, na tutela, na custódia, na interdição, na disciplina e na vigilância, legitimando desta forma a instituição, deve fazer emergir um novo paradigma – fundamentado na concepção de desinstitucionalização – para informar as práticas que se quer transformar.

A terceira dimensão está ligada à necessidade de revisão das relações instituídas, relacionando loucura à periculosidade, irracionalidade, etc, de modo a discuti-las pelos princípios de cidadania, direitos humanos e sociais.

A quarta dimensão está ligada àquilo que Amarante (2003) define como objetivo maior do processo de reforma psiquiátrica, isto é, a “transformação do lugar *social* da loucura”. Esta dimensão envolve um conjunto de ações para

transformar a concepção da loucura no imaginário social e as relações entre sociedade e loucura (AMARANTE: 2003:53).

Bem, a escolha da vertente para discutir a política de saúde mental, de certo modo, já define o enfoque dado, pois a análise do material empírico trata da reorientação do modelo, dos dispositivos e das prioridades de saúde mental por referência aos agravos no campo e à interface com áreas afins. Neste plano, optou-se por descrever a política não por referência aos paradigmas, já que nada sugeriu um rompimento paradigmático consistente com a Psiquiatria, senão uma subordinação das práticas a princípios éticos ligados a direitos sociais e de inclusão, bem como uma articulação interdisciplinar mais sólida e favorecedora de novas tecnologias.

2. 2 Metodologia

Este é um estudo de caráter descritivo que se insere nas metodologias de pesquisa qualitativa.

Descritivo, porque o que se quis foi discutir a política de saúde mental do Estado de São Paulo por referência à concepção dos elementos que compõem o modelo de atenção. Neste sentido, a política foi tomada como expressão de várias medidas que, em última instância, pretendem interferir no modelo. Modelo este entendido, conforme definição dada por Campos ((1992), como um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político.

Como forma de identificar parte desse conjunto, foram tomados depoimentos dos atores que participaram da formulação e implementação da

política de saúde mental, usados, por um lado, para construir uma narrativa do período e, por outro, para identificar aspectos peculiares do contexto em que foram geradas as medidas técnico-administrativas voltadas ao redirecionamento do modelo de atenção.

Segundo Gil (1991:46) “algumas pesquisas descritivas vão além da identificação de relações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação”. As finalidades da descrição da política de saúde mental do Estado de São Paulo, entre 1990 e 2004, foram estabelecer relações entre ela e a política nacional de reforma psiquiátrica e discriminar as características peculiares da condução estadual, naquilo em que ela vem se apoiando e quais são os seus propósitos.

Embora se tenha trabalhado com entrevistas na perspectiva qualitativa, também foram levantados alguns dados quantitativos relativos aos equipamentos da rede de saúde mental e a documentação do período (portarias, relatórios, etc). Este levantamento pretendeu entrelaçar fatos da realidade objetiva com os discursos e documentos para evidenciar a incidência das medidas políticas adotadas, a partir das quais se pode depreender as prioridades adotadas.

Ao discorrer sobre a pesquisa qualitativa, Minayo (1996:22) diz que o “conjunto de dados quantitativos e qualitativos ... não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”, mas esta afirmação, ressalta Minayo, não é unânime entre as correntes de pensamento em pesquisa.

O material empírico foi organizado segundo a definição de modelo de atenção referida, ou seja, extraiu-se tanto das entrevistas quanto da documentação, elementos referentes:

- Às diretrizes da política: os eixos que sustentam o redirecionamento do modelo hospitalar para o extra-hospitalar;
- Às características organizacionais do setor: as formas de operacionalizar as relações entre as três instâncias de poder, a relação do Estado com o setor privado e filantrópico, a relação do setor público com o universitário e a relação com a sociedade organizada;
- Aos instrumentos ético-jurídicos e ético-normativos: leis, portarias, resoluções e medidas técnico-administrativas;
- À conjuntura epidemiológica: referências e propostas de práticas voltadas à incidência e prevalência de morbidade psiquiátrica e definição de focos prioritários de intervenção;
- Às aspirações éticas e princípios sócio-culturais: ideologia subjacente ao modelo de atenção, concepção ética das práticas de saúde mental e propostas de interferência na representação social da loucura;
- À concepção de modelo clínico: pressupostos relativos ao processo saúde doença, definição das finalidades das ações de saúde mental a serem implementadas pelos serviços e demarcação de resultados esperados a partir da configuração de rede.

Procurou-se discutir o conjunto desses elementos a partir dos conceitos de universalidade, acesso, integralidade e equidade e, como produto dessa discussão, problematizou-se a abrangência e a condução estadual da política de saúde mental.

2.2.1 Coleta de dados e eleição de sujeitos

O material empírico abarcou:

- Levantamento dos documentos referentes ao período
 - Publicações oficiais;
 - Relatórios produzidos por grupos de trabalho da SES-SP ou elaborados por equipes de serviços;
 - Levantamento dos equipamentos de saúde que integram a rede de serviços de saúde mental;
 - Entrevistas com os Coordenadores Nacionais e Estaduais de Saúde Mental.

Foram eleitos oito sujeitos para serem entrevistados: quatro Coordenadores nacionais e quatro Coordenadores estaduais de saúde mental, sendo que um deles desempenhou a função nas duas instâncias. Não foram entrevistados os Coordenadores correspondentes a estas duas instâncias que ocupavam o último ano do cargo em 1990, porque a marca do período estudado começa a ser imprimida a partir de 1991, como desdobramento da junção do INAMPS ao Ministério da Saúde e conseqüente repercussão dessa mudança no papel das Secretarias Estaduais de Saúde.

As entrevistas aplicadas aos sujeitos eleitos, atores e porta-vozes da política de saúde mental nesses anos, foram semi-estruturadas e pautadas em um roteiro entregue a eles antes de iniciá-las (anexo 2).

Minayo (1993) considera que o que torna a “entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas” (MINAYO, 1993:109-110).

Os temas que foram abordados nas entrevistas não visaram à produção de discursos reveladores de valores ou símbolos ligados à sanidade-loucura e seus desdobramentos sobre as formas de tratar. A intenção foi a de deixar emergir o espectro de problemas com os quais trabalharam.

As entrevistas foram gravadas e duraram de uma a três horas. Em apenas um caso, o roteiro foi enviado por correio eletrônico e respondido por escrito. O material gravado foi transcrito e devolvido aos entrevistados para que pudessem ler e sugerir correções de erros decorrentes de distorções da transcrição ou omitir trechos de depoimentos indesejáveis.

Inicialmente, foi entregue a eles um termo de consentimento que esclarecia o objeto da pesquisa, a finalidade das entrevistas (reconstrução do período histórico em questão) e garantia o anonimato dos depoimentos (anexo 3), embora os Coordenadores de Saúde Mental sejam atores conhecidos e suas falas, públicas.

Fundamentalmente buscou-se identificar nos discursos, através de entrevistas feitas com os Coordenadores de Saúde Mental⁴⁸ da Secretaria Estadual da Saúde e do Ministério da Saúde entre 1991 e 2004, qual era a apreciação que faziam do contexto político e das políticas de saúde mental vigentes na época em que exerciam o cargo, bem como encontrar o foco das ações no projeto técnico-político delineado por cada um deles. Pediu-se ainda que eles considerassem o modelo de atenção à saúde mental no Estado de São Paulo por referência às diretrizes do SUS e que discorressem sobre o entendimento que tinham do papel gestor estadual na área de saúde mental.

Naturalmente não se poderia discutir a política estadual sem se fazer referência à reforma psiquiátrica brasileira, motivo pelo qual foram entrevistados os Coordenadores Nacionais.

2.2.2 Caracterização do Estado de São Paulo

O Estado de São Paulo possui 645 municípios e uma população de 39.239.362 habitantes. A maior cidade é São Paulo, com 10.677.019 habitantes, seguida de Guarulhos, com 1.160.468, Campinas, com 1.006.918, Osasco, com 678.583 e São José dos Campos, com 569.177⁴⁹.

A estrutura atual da Secretaria de Estado da Saúde foi criada em 1995, e mantém-se a mesma até a presente data⁵⁰ (Anexo 4), embora se saiba que muitas mudanças vêm ocorrendo. Uma delas é o deslocamento das áreas técnicas que

⁴⁸ Daqui para frente designados Coordenadores.

⁴⁹ Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, população estimada, 2003.

⁵⁰ No site da SES-SP, na página "Conheça a Secretaria" - Organograma, consta que o conteúdo está sendo atualizado e breve estará à disposição (Agosto de 2004) – www.saude.sp.gov.br - 10/08/04.

se concentravam na Coordenadoria de Planejamento de Saúde – CPS para Centros de Referência, cuja função é a de assistir, produzir modelo, realizar pesquisa e treinar a rede⁵¹. A ênfase da adaptação da SES-SP ao seu novo papel institucional recai sobre a avaliação de municípios, a auditoria e a regulação estadual. Segundo documento do final da gestão de 2002, as transformações desse papel na esfera estadual do SUS fizeram com que seu desempenho deixasse “de ser preponderantemente administrativo e executor e passasse a ser prioritariamente regulador, mediador, orientador e assessor” (SÃO PAULO, 2002).

Das sete coordenadorias existentes⁵², quatro delas têm serviços de saúde sob sua responsabilidade: a Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo – CSRMGSP, a Coordenadoria de Saúde do Interior – CSI, a Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa – CIP⁵³ e a Coordenadoria de Contratação de Serviços – CCS⁵⁴.

⁵¹ É o caso do Centro de Referência da Saúde da Mulher – CRSM; Centro de Referência do Idoso – CRIA; Centro de Referência para Álcool, Tabaco e outras Drogas – CRATOD e, mais recentemente, o deslocamento da área técnica de saúde mental para o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, que também deve se tornar um Centro de Referência de Saúde Mental. Todos esses centros têm gestão e gerência estaduais.

⁵² Coordenadoria Geral da Administração – CGA, Coordenadoria de Recursos Humanos – CRH, Coordenadoria de Planejamento de Saúde – CPS, Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa – CIP, Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo – CSRMGSP, Coordenadoria de Saúde do Interior – CSI e Coordenadoria de Contratação de Serviços – CCS.

⁵³ “À CIP, a quem compete estudar, planejar, orientar, coordenar, supervisionar, executar atividades de pesquisas de interesse de saúde pública, produção de insumos, atividades laboratoriais e vigilância epidemiológica e sanitária, pertencem os Institutos de Pesquisa da SES, como o Instituto Butantã, o Instituto Adolfo Lutz, o Instituto Pasteur, o Instituto Lauro de Souza Lima, além dos Centros de Vigilância Epidemiológica e Sanitária e o Centro de referência e treinamento de AIDS e DST. A CIP administra ainda o Instituto de Infectologia Emílio Ribas, centro de referência estadual para pacientes com doenças infecto-contagiosas” (SÃO Paulo, 2002:226).

⁵⁴ “Responsável pelo planejamento, contratação, avaliação e acompanhamento dos resultados dos hospitais públicos geridos por Organizações Sociais [OS], em parceria com o Governo do Estado, por meio de contrato de gestão” (SÃO Paulo, 2002: 226)..

Subordinadas às duas Coordenadorias de Saúde, estão 24 regionais de saúde⁵⁵, as Direções Regionais da Saúde (DIR), sendo que à CSRMGSP estão ligadas as DIRs de I a V, e à CSI, as DIRs de VI a XXIV.

As DIRs têm sede em um dos municípios do conjunto que as compõe e, em termos de estrutura, elas possuem uma Diretoria, com Assistência Técnica; uma Divisão de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento; um Grupo de Vigilância Epidemiológica e um Grupo de Vigilância Sanitária; Núcleo de Apoio à Assistência; Divisão de Finanças e Controle; Serviço de Pessoal e Divisão de Apoio Administrativo (SÃO Paulo, 2002). Ligadas à essa estrutura, estão o Núcleo de Informação; a Unidade de Avaliação e Controle (UAC), a Assistência Farmacêutica e o Plantão Regulador, entre outras áreas. É papel relevante das DIRs realizar o Plano Diretor com os municípios e mediar as Programações Pactuadas e Integradas (PPI) com a finalidade de favorecer a regulação, a equidade e o acesso aos recursos de saúde, sempre desiguais entre os municípios. Na prática, significa o processo de negociação dos fluxos intermunicipais, das ações, de procedimentos e de serviços de saúde, de modo que um município com mais recursos possa dar cobertura para outros menos equipados, através da pactuação, por exemplo, de exames laboratoriais, procedimentos de média e alta complexidade, leitos psiquiátricos, etc.

O quadro abaixo mostra a população dos grupos de municípios de cada uma das 24 DIR, distribuídos em duas grandes faixas etárias: de 0 a 19 anos e de 20 até 70 e mais (Quadro 2).

⁵⁵ Que resultaram da transformação dos Escritórios Regionais de Saúde – ERSAs, criados em 1987, quando foi implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, representando, na época, uma desconcentração administrativa da SES.

Quadro 2 – Distribuição de habitantes por divisão de faixas etárias.

Regional de Saúde	População Residente 0 – 19 anos	População Residente 20 – 70 anos e mais	Total
DIR I S.Paulo	3.695.267	7.058.501	10.753.768
DIR II Santo André	884.510	1.594.292	2.478.802
DIR III Mogi das Cruzes	1.036.092	1.524.541	2.560.633
DIR IV Franco da Rocha	201.319	280.120	481.439
DIR V Osasco	1.041.297	1.549.502	2.590.799
DIR VI Araçatuba	230.625	450.020	680.645
DIR VII Araraquara	314.763	586.062	900.825
DIR VIII Assis	159.394	286.301	445.695
DIR IX Barretos	145.221	257.688	402.909
DIR X Bauru	360.826	663.856	1.024.682
DIR XI Botucatu	204.773	342.520	547.293
DIR XII Campinas	1.299.736	2.361.807	3.661.543
DIR XIII Franca	232.055	394.591	626.646
DIR XIV Marília	208.336	394.361	602.697
DIR XV Piracicaba	492.029	880.227	1.372.256
DIR XVI Presidente Prudente	250.522	454.590	705.112
DIR XVII Registro	123.115	163.125	286.240
DIR XVIII Ribeirão Preto	425.741	751.581	1.177.322
DIR XIX Santos	564.910	1.015.941	1.580.851
DIR XX S.João da Boa Vista	272.906	493.049	765.955
DIR XXI S.José dos Campos	444.701	721.452	721.452
DIR XXII S.José do Rio Preto	459.416	940.627	1.844.744
DIR XXIII Sorocaba	802.790	1.260.264	2.063.054
DIR XXIV Taubaté	360.424	603.576	964.000
TOTAL	14.210.768	25.028.594	39.239.362

Fonte: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional para os anos inter-censitários. Estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/Datasus, 2004.

Em termos de contingente populacional, A DIR 1 – Capital é a mais populosa, com 10.753.768 habitantes, seguida da DIR XII – Campinas, com 3.661.143. A menos populosa é a DIR XVII – Registro, com 286.240. Quatro DIRs possuem entre 2 milhões e 2,5 milhões de habitantes (DIR II – Santo André, DIR III – Mogi das Cruzes, DIR V – Osasco e DIR XXIII – Sorocaba). Em cinco DIRs o número de habitantes varia de 1 milhão a 1 milhão e 850 mil (X – Bauru, XV – Piracicaba, XVIII – Ribeirão Preto, XIX – Santos e XXII – São José do Rio Preto). Doze DIRs têm entre 400mil e 900 mil habitantes (IV – Franco da Rocha, VI – Araçatuba, VII – Araraquara, VIII – Assis, IX – Barretos, XI – Botucatu, XIII – Franca, XIV Marília, XVI – Presidente Prudente, XX São João da Boa Vista, XXI – São José dos Campos e XXIV - Taubaté). O número de municípios que compõem as DIRs é variável e a que os tem em maior quantidade é a DIR XXII – São José do Rio Preto, com 100 (SÃO PAULO, 2002).

Segundo dados disponíveis no site da SES-SP na data da consulta, pelos critérios da NOAS SUS 01/01, 58% dos municípios possuíam Gestão Básica do Sistema, 41% estavam sem habilitação e apenas 1% deles tinha Gestão Plena do Sistema (Quadro 3). A NOAS 01/01 definiu, como áreas estratégicas da atenção básica, os problemas relacionados à saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e da diabetes, controle da tuberculose e erradicação da hanseníase (BRASIL, 2002).

Quadro 3 – Municípios por tipo de gestão na vigência da NOAS-SUS 01/11

	Nº de Municípios	%
Municípios em Gestão Básica no Sistema	377	58%
Municípios em Gestão Plena no Sistema	5	1%
Municípios sem Habilitação no Sistema	263	41%
Total	645	100%

Fonte: www.saude.sp.gov.br, 10/08/04

A SES-SP havia acordado na Comissão Intergestora Bipartite que saúde mental seria prioridade⁵⁶, o que implicava a implementação de ações nos vários níveis de atenção. Conforme já foi dito, existiam 606 Unidades Básicas com alguma ação de saúde mental e, das equipes de PSF, apenas os três Qualis da capital tinham psiquiatra e psicólogo em suas equipes.

O Estado de São Paulo tem gestão plena do Sistema e municipalizou a atenção básica do município e os Qualis em meados de 2002.

A SES-SP mantinha sob gestão estadual 36 hospitais próprios e 32 ambulatórios de especialidades. Subordinados à CSRMGSP, estavam 22 hospitais próprios e 9 ambulatórios de especialidades e, vinculados à CSI, estavam 14 hospitais próprios, a maior parte deles especializados (psiquiatria e hanseníase) e 23 ambulatórios regionais de especialidades (SÃO PAULO, 2002). Do total de hospitais próprios estaduais, 9 eram de psiquiatria, sendo que um deles, o Centro de Atenção Integral em Saúde Mental – CAISM (antigo Vila Mariana), era gerenciado pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo desde 1996.

⁵⁶ Comunicação pessoal da área técnica de saúde mental.

Observa-se uma importante redução de leitos psiquiátricos no Estado de São Paulo durante a década de 1990, conforme mostra o quadro 4 abaixo:

Quadro 4 – Número de leitos psiquiátricos em vários períodos, redução absoluta e percentuais relativos ao período anterior e 1980.

CRS	Nº HP	Nº leitos	Redução leitos	% Redução Relativa	% Redução Geral
1980*	121	39.122	-		
1989**		36.231	2.891	7,4	7,4
1991**		34.000	2.231	6,2	13,1
1994**	80	25.044	8.956	26,3	36,0
1995***	80	23.619	1.425	5,7	39,6
2003****	58	15.511 ⁵⁷	8.108	34,3	60,4

* Fonte: CIS – SES-SP *apud* PITTA-HOISEL, 1984

** Fonte: SÃO PAULO, 1994

*** Fonte: SÃO PAULO, 2002

**** Fonte: SÃO PAULO, 2003 (Anexo 5)

Houve uma diminuição de 23.611 leitos em 23 três anos, isto é de 60,4% do total existente em 1980. Quanto ao número de hospitais, 48,0% deles foram fechados no mesmo período.

Como já foi dito, na década de 1980, o Estado de São Paulo adotou uma política de não expansão de leitos. A redução de 2.891 leitos deve ser em grande parte atribuída às tentativas de reformas feitas no Juqueri durante a gestão estadual de Franco Montoro (83-87), pois no início dessa gestão, o hospital possuía 6.000 leitos e, em função de altas e nova redistribuição de pacientes, o número de leitos caiu para, aproximadamente, 1.500.

⁵⁷ O quadro expressa o número de leitos cadastrados em 2003, após o PNASH, mas, no caso do Juqueri, utilizou-se o número mais recente de leitos cadastrados - setembro de 2004.

Em 1991, foi feita uma recontagem *in loco* dos leitos existentes no Estado, coordenada pelo Grupo de Atenção à Saúde Mental. Dos 36.122 leitos cadastrados, foram encontradas algo em torno de 34.000 camas, ou seja, tratava-se de 2.122 leitos cadastrados inexistentes (SÃO PAULO, 1994).

2.2.3 Procedimentos técnicos de análise

Trabalhou-se com a técnica de triangulação no levantamento e análise dos dados porque pareceu ser a técnica que, conforme Triviños (1987:138), permite atingir a “máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo”. O autor refere que esta técnica parte do princípio de que “é impossível conceber a existência de um fenômeno social sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações estreitas e essenciais com a macro-realidade social” (TRIVIÑOS, 19987:138).

Seguindo as recomendações do autor citado, este estudo apoiou-se em três aspectos do objeto em estudo (a política de saúde mental do Estado de São Paulo):

1. Nas percepções dos sujeitos entrevistados;
2. Nos elementos produzidos pelo meio: representados por leis, documentos, decretos e portarias;
3. Nos produtos originados pela estrutura sócio-econômica: aqui representados pelo contexto histórico e cultural em que a política de saúde mental foi sendo constituída.

Para a análise do material empírico, entrevistas e documentos, foi fundamental a realização de uma reflexão associada à práxis e, para isso, a Hermenêutica se apresentou como um “caminho do pensamento”.

Segundo Gadamer (1987), citado por Minayo (1996:220), a hermenêutica consiste na explicação e interpretação de um pensamento e trata da busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos: “ser que pode ser compreendido é linguagem”. Portanto, a linguagem constitui o núcleo central da comunicação: a linguagem ordinária do homem comum no seu dia-a-dia. Seus pressupostos são que o homem como ser histórico é finito e se complementa na comunicação. “O fato de pertencermos a um determinado tempo histórico, de possuímos determinada formação, faz com que a compreensão hermenêutica seja inevitavelmente condicionada pelo contexto do analista”. Assim, Gadamer propõe relacionar a hermenêutica com a retórica e com a práxis.

Minayo (1996:223) chama a atenção que “a hermenêutica se apóia na reflexão histórica que concebe o intérprete e seu objeto como momentos do mesmo contexto. Esse contexto objetivo se apresenta como *tradição*, entendida aqui como uma linguagem transmitida na qual vivemos”.

“De acordo com Habermas, um trabalho é crítico (não apenas hermenêutico) quando busca um método no qual a interpretação seja transformação e vice-versa e que afirme a imbricação entre o método e a coisa. (...) Como se trata de uma concepção de totalidade teórico-prática ela se recompõe perenemente no trabalho de reflexão e permanece como horizonte regulador das questões da prática. Isso implica no reconhecimento, por honestidade científica,

de um engajamento em todo trabalho de compreensão” (HABERMAS, 1987:86-95)

Habermas (1987) reconhece a possibilidade de um encontro fecundo entre a Hermenêutica e a dialética, em primeiro lugar no seu ponto de partida: O HOMEM. Em ambas o objeto de análise é a “práxis social” e o sentido que buscam é a afirmação ético política do pensamento.

A hermenêutica e a dialética apresentam-se como momentos necessários à produção de racionalidade; a dialética e a hermenêutica são complementares, apesar de desenvolvidas através de movimentos filosóficos distintos, ambas têm em seu núcleo a idéia fecunda das condições históricas; partem do pressuposto de que não há observador imparcial, nem há ponto de vista fora do homem e fora da história; destroem a suficiência objetivista das ciências com base no positivismo e ambas são referidas à práxis (MIANYO, 1996:227).

A hermenêutica aqui utilizada é a crítica, ou seja, dialética, que “leva a que o intérprete busque entender o texto, a fala, depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem), ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico” (MINAYO, 1996:229).

Ao elegermos como objeto de estudo a Política de Saúde Mental do Estado de São Paulo, da qual esta pesquisadora participou ativamente tanto de sua elaboração quanto de sua implementação, entendemos que os discursos e documentos em análise são a “representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte do

mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo que as tensões e perturbações” (MINAYO, 1996:228).

Assim, buscamos seguir os pressupostos metodológicos da hermenêutica reconstituídos por Habermas e que Minayo (1996) propõe como balizas no trato do material comunicativo:

- a) Aclarou-se o contexto dos entrevistados, descrevendo o contexto histórico em que se dá a constituição da política de saúde mental;
- b) Atribuiu-se aos documentos e entrevistas responsabilidade e racionalidade;
- c) Buscou-se entender os textos e ao mesmo tempo tomou-se posição em relação a eles.

Para destacar as falas dos Coordenadores entrevistados, sempre citadas entre aspas, mudou-se o tipo de letra usado neste texto e usou-se negrito.

Capítulo 3: Análise de Resultados

Vincent van Gogh (1853-1890)
Noite estrelada (74x92cm)
Pintado em Saint Rémy – 1889
Nova York – Museu de Arte Moderna

3.1 Cenários da reforma psiquiátrica brasileira

Foi feita uma periodização para tratar da política nesses 14 anos. O primeiro período precede os anos delimitados por esta pesquisa e será abordado porque é nele que o discurso de mudança do modelo assistencial começa a ser construído. A estratégia da política de saúde mental será a ambulatorização da assistência, sem, no entanto, deslocar o eixo hospitalar do modelo. No segundo período são criados os mecanismos de enfrentamento a esse modelo e novas proposições são adotadas para conceber as formas de cuidado e os dispositivos terapêuticos voltados aos pacientes com transtornos severos e persistentes. Nesse cenário, a desinstitucionalização e a desospitalização são empregadas de forma meio indistinta; os serviços partem de várias concepções de clínica e constroem articulações diversas com a rede. O CAPS inspira-se na psicoterapia institucional nos moldes de La Borde e toma o paciente como alguém que será acompanhado em todas as fases da doença e enquanto necessitar de assistência, prevendo a frequência e exposição dele ao trabalho terapêutico em intensidades variadas e valorizando a manutenção do vínculo com o mesmo serviço ao longo do tempo que necessitar de assistência. Recebem encaminhamento da rede básica, ambulatorial etc, e também fazem uso das emergências psiquiátricas e hospitais psiquiátricos. Já os HD recebem os pacientes em crise, ao menos em princípio, e re-encaminham ao serviço de origem após estabilização do quadro, ou melhora sintomática⁵⁸. Os ambulatórios de saúde mental assistem pacientes com

⁵⁸ No entanto, um número significativo de HD recebia pacientes crônicos, eventualmente em quadros sub-agudos, o que dificultava a alta e o re-encaminhamento ao serviço de origem. Muitos

transtornos psiquiátricos maiores e menores, adultos, crianças e idosos; possuem um número elevado de pacientes aderidos e com longa história de internações e, somente parte deles, desenvolve práticas psicossociais. A partir de 1996, no município de São Paulo, os ASM passam a fazer reuniões regulares com as unidades básicas de seu entorno, com a finalidade de discutir casos e articular estratégias de intervenção (CAMBRAIA, 1999). No terceiro período, que corresponde aos quatro primeiros anos de 2000, o modelo de atenção proposto cria uma linha de financiamento de dispositivos para desinternar pacientes moradores (2000) e incorpora as várias experiências de práticas psicossociais em uma única modalidade de serviço⁵⁹ – o Centro de Atenção Psicossocial (2002) –, que terá a incumbência de tratar, responsabilizando-se integralmente pelo paciente, e de articular com os demais dispositivos sanitários e comunitários. Nesse período, são criados outros mecanismos de financiamento da rede, a questão hospitalar é retomada e parâmetros mais incisivos são produzidos para reduzir o porte dos hospitais especializados em psiquiatria e proscrever os macro-hospitais.

A despeito da construção discursiva da reforma psiquiátrica datar, como já foi visto, quase 30 anos, na avaliação de três Coordenadores entrevistados, ela foi posta em marcha a partir da criação da Lei Orgânica (Lei 8080 e 8142), que regulamentou o SUS, e da incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde.

vinham de PS e não tinham vinculação com equipes de unidades da rede. Por volta de 1993, após acordo entre equipes, parte dos pacientes do HD do Butantã foi encaminhada para o CAPS Perdizes, justamente por serem crônicos que estavam há mais de um ano no HD.

⁵⁹ Para fins de cadastro, diferentemente da PT 224, os procedimentos antes relacionados aos centros de atenção psicossocial (CAPS), aos hospitais-dia (HD) e aos núcleos de atenção psicossocial (NAPS) passam incluir um único tipo de serviço, o CAPS, escalonado em cinco modalidades: CAPS I, CAPS II CAPS III, CAPS i e CAPS (PT SAS nº 189, de 20 de março de 2002).

Esses dois fatores foram identificados como determinantes do processo e fundamentais para se criar mecanismos e instrumentos capazes de interferir no financiamento e na qualificação da assistência. Um dos Coordenadores disse que, certa vez, ao pensar sobre as iniciativas da política de saúde mental nos primeiros anos de 90, se colocou a seguinte questão: “por que de repente está se fazendo coisas que até então não se fez?”. Considera que a fusão do INAMPS e a lei 8080 e 8142 foi o que “deu ferramenta para se poder interferir no modelo de financiamento”. Ainda, segundo ele, “é bem verdade que já havia uma vontade política, havia formulações novas, mas, fundamentalmente, foram criadas ferramentas de intervenção, a partir de então, que não se tinha antes”.

Três documentos publicados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) entre 1975 e 1988, são exemplares do primeiro período e exprimem as contradições do modelo psiquiátrico vigente na época. Eles apontavam para a necessidade de mudança, evidenciando a porcentagem dos gastos com internações, comparativamente ao investimento no extra-hospitalar, e transmitiam os ruídos das propostas de redirecionamento do modelo advogadas por aqueles que militavam a favor da reforma psiquiátrica e do SUS.

Em 1975, o MPAS produziu um relatório definindo as diretrizes a partir das quais os serviços psiquiátricos previdenciários deveriam se reorganizar. O documento assinalava a tendência mundial de diminuição das internações e o aumento desse volume no Brasil, dada a “ênfase à institucionalização do doente, daí resultando que 97% dos recursos financeiros fossem destinados à hospitalização, contra apenas 3% para atividades ambulatoriais”. (BRASIL, 1975:65). Sem qualquer repercussão na prática, o relatório recorria às concepções

da Psiquiatria Comunitária, reproduzindo o discurso da integração biopsicossocial, desenhando um fluxo de recursos da comunidade que teriam o papel de inverter o modelo. Segundo o documento, este fluxo se daria através dos seguintes serviços: centro comunitário, ambulatório, domicílio, hospital psiquiátrico-pronto socorro, unidade psiquiátrica em hospital geral, manicômio judiciário, frenocômio, hospital-dia, hospital-noite, unidade de terapia ocupacional e pensões protegidas.

Passados sete anos, em 1982, através da portaria 3.108, o MPAS aprovou o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, elaborado pelo Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária – CONASP e estabeleceu que ele seria implantado pelo INAMPS “de forma gradual e progressiva”, a partir de janeiro de 1983 (BRASIL, 1982). No diagnóstico da situação apresentado pelo referido programa, as estimativas de gastos com a assistência psiquiátrica indicavam que 96% foram gastos com internações e os 4% restantes foram destinados aos serviços ambulatoriais. Ou seja, praticamente o mesmo percentual acusado no documento de 1975. Este Programa seguia as linhas gerais do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, cujas diretrizes básicas eram: “ênfase na atenção ambulatorial, através das ações básicas de saúde; regionalização e hierarquização da rede pública de serviços; racionalização de gastos com serviços hospitalares contratados de terceiros e na prestação de procedimentos médicos de alto custo” (ELIAS, 1996:23). Segundo Amarante (1995:76), o “CONASP tende a instaurar a concepção de que são responsabilidade do Estado a política e o controle do sistema de saúde, assim como a necessidade de organizá-los junto aos setores públicos e privados. No plano da assistência psiquiátrica, o

ambulatório é o elemento central do atendimento, enquanto o hospital se torna elemento secundário”.

Dentre as várias propostas feitas pelo CONASP, a principal foi a criação das Ações Integradas de Saúde – AIS, que estabeleceu mecanismos de repasse de recursos do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS para os Estados e Municípios com a finalidade de viabilizar a extensão da cobertura e reduzir as filas da Previdência, iniciando o processo de descentralização do INAMPS.

Para Cohn, as AIS representaram um aporte substancial de recursos para os estados e municípios, “mas cria[ram] a situação paradoxal de que esses recursos do INAMPS, originários fundamentalmente da contribuição dos assalariados, passam a se fundir nos gastos com assistência médica da população” (COHN, 2003:47).

A relevância das AIS, particularmente para a área saúde mental Estado de São Paulo, em 1983, é a de que elas foram um instrumento para a ampliação dos ambulatórios de saúde mental, propiciaram a contratação de pessoal para formar as equipes multiprofissionais desses serviços e para implantar equipes de saúde mental nas unidades básicas de saúde. Ao menos no Estado de São Paulo a década de 80 é o auge da ambulatorização e o início efetivo de implantação de equipes de saúde mental na atenção básica.

É de interesse destacar as seguintes sugestões do Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica: remanejamento de parte dos gastos com assistência hospitalar para a extra-hospitalar; limitação do porte dos hospitais psiquiátricos para não mais do que 240 leitos; novos modelos de contratos com os

hospitais psiquiátricos; novos critérios de classificação desses hospitais; incremento de formas intermediárias de assistência, do tipo: hospital-dia; hospital-noite, pensão protegida, etc; revisão da relação de psicofármacos e regularidade de seu fornecimento; etc (BRASIL, 1983). Enfim, ele sugeria coisas que começaram a ser efetivamente implantadas e normatizadas a partir da década de 1990.⁶⁰ Ainda cabe destacar a referência à participação dos agentes do processo de prestação de serviços e usuários na definição e condução do processo.

O Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica / CONASP, de 1982, foi aludido por um Coordenador da seguinte: “o CONASP traçou parâmetros interessantes e já fazia a crítica da indústria da loucura, do parque hospitalar”. Pitta (1984), ao comentar o teor do documento, salientou o conflito que existia no interior da própria Previdência, testemunhando “que não foi fácil ter tal teor aprovado por instituições com interesses tão diversos como os da Federação Brasileira de Hospitais, representando o empresariado do setor de um lado e, de outro, planejadores da própria Previdência, Ministério da Saúde, Universidade, Associação Brasileira de Psiquiátrica e Associação Médica Brasileira. Foram necessárias longas e ásperas discussões nesta divergente mesa de discussões” (PITTA, 1984:65).

⁶⁰ A melhora da assistência, acrescida da diminuição de leitos de vários hospitais – mais particularmente dos macro-hospitais – começará a ocorrer em 1991 e se será objeto de uma redução planejada de leitos a partir da implantação do Plano Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH de Psiquiatria, em 2004. O PNASH - Psiquiatria avaliou, em todos os estados brasileiros, os hospitais segundo o número de leitos ocupados na data da avaliação e demais critérios estabelecidos pelo plano, estabelecendo numa pontuação e novas formas de contrato. O financiamento específico para serviços substitutivos surge a partir da PT 224, de 1992; e a revisão de medicamentos, com vistas a criar mecanismos de financiamento e de padronizações estaduais, surge com a PT 1.077, de agosto de 1999.

Passados mais quatro anos, outro documento foi produzido. Em 1986, através da Portaria 3344, o INAMPS criou um grupo de trabalho para assessorá-lo na criação de normas operativas na área de saúde mental para a rede própria, contratada e credenciada, segundo as diretrizes das AIS (BRASIL, 1986).

O tom de abertura do relatório produzido pelo grupo de trabalho, intitulado como Proposta de organização para uma rede de atenção médico-psicossocial, e endereçado ao presidente do INAMPS deixava transparecer o aumento da combatividade dos técnicos que o compuseram e a impaciência com a persistência da situação. Eles explicitavam o acompanhamento que vinham fazendo dos movimentos de trabalhadores de saúde mental e a participação na elaboração de diversos documentos oficiais, prevenindo que: “vimos alguns poucos resultados práticos, em termos de alteração da condição da prestação dos serviços de saúde em nossa área. Sentimos no dia-a-dia a manutenção de uma estrutura pesada, sufocante, arrogante, perversa...” (BRASIL, 1987:11).

Seguiam tecendo “algumas considerações, especificamente críticas”, daquele momento, que reproduzimos a seguir:

“Enquanto são construídos discursos e panfletos advogando a Reforma Sanitária, assistimos ao retrocesso organizativo da área de saúde em alguns estados brasileiros, onde profissionais comprometidos efetivamente com a Reforma vêm sendo substituídos, enquanto são realizados credenciamentos e contratações, bem como são tomadas medidas pouco discutidas e de eficácia questionável. O fato de outros estados apresentarem indícios seguros de mudança no trato das questões de saúde permite, ao mesmo tempo, mostrar um caminho para a

passagem do discurso à prática e contrastar com a indecisão, estagnação e mesmo retrocesso dos demais.

“Estranhamos que, paralelamente a nossos trabalhos, os recursos previdenciários estivessem sendo distribuídos através de acréscimos reais às diárias hospitalares psiquiátricas, sem qualquer compromisso, da outra parte, de modificações que qualificassem a assistência prestada.

“Preocupam-nos as informações de estarem sendo estudados pleitos dos hospitais que julgávamos já sepultados há mais de uma década, como o pagamento à parte da eletroconvulsoterapia.

“Pretendemos, com texto que ora apresentamos, trazer à consideração da Presidência do INAMPS questões concretas onde possam ocorrer os necessários embates entre os diversos setores institucionais envolvidos no processo de mudança, sem ter, no entanto, a pretensão de constituir a verdade acabada sobre os pontos levantados. Desta forma, o documento vai clara e decididamente além da exclusiva declaração de princípios que, a bem da verdade, já encontram-se enunciadas nos ‘Considerandos’ da Portaria que constitui o Grupo de trabalho” (BRASIL, 1987:12).

O documento recomenda que o INAMPS - MPAS opere a sua rede de forma integrada com a Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM, do Ministério da Saúde, e volta a falar da necessidade de estímulo para os serviços extra-hospitalares. Nessa época, as normas da DINSAM só tinham alcance nos serviços próprios, isto é, nos três hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro, como já foi dito.

Ao propor uma rede médico-psicossocial, pautada nos pressupostos contidos na VIII Conferência Nacional de Saúde, defende a criação de um sistema

único de saúde, a constituição de uma rede de cuidados universal, regionalizada, hierarquizada e articulada aos vários níveis de complexidade, que resguarde a dignidade dos usuários e o estabelecimento de uma política de recursos humanos (com capacitação contínua, multiprofissional, concursada, etc). Convida os profissionais envolvidos a se responsabilizarem pelo “destino e cuidado terapêutico da pessoa que procura auxílio...[proporcionando] um espaço terapêutico condizente com as necessidades de quem busca tais serviços, eliminando-se rotinas postergadoras incompatíveis com o espírito de quem necessita de ajuda” (BRASIL, 1987:17) e ressalta que a proposta não é de se constituir um “sistema de atenção psiquiátrica”, mas “de garantir a inclusão do cuidado psíquico na rede de prestação de serviços” (BRASIL, 1987:17). Apoiado, ainda, na VIII CNS, sustenta a diversidade na oferta de práticas, o direito do usuário de escolher a terapêutica e o respeito da dignidade dos usuários (BRASIL, 1987).

O texto esclarece que a proposta de criação de uma rede médico-psicossocial diz respeito ao conjunto dos serviços de saúde e não apenas aos especializados em psiquiatria ou psicologia. Indica que a complexidade da demanda requer um trabalho multiprofissional e que o resultado da avaliação da triagem deverá ser “obrigatoriamente comunicado ao cliente, bem como os seus desdobramentos e conseqüências, dentro e fora da instituição” (BRASIL, 1987:19). Como decorrência do diagnóstico, deveria ser formulado um programa terapêutico singular a cada paciente.

Do ponto de vista das ações dessa rede, o documento descreve um fluxo que vai desde a recepção, triagem e processo diagnóstico, passando pela

caracterização e/ou exposição de procedimentos terapêuticos a serem desenvolvidos em postos e centros de saúde municipais e estaduais, postos do INAMPS de médio porte, ambulatórios especializados de saúde mental, centros de atenção psicossocial, atendimento de emergência, hospital psiquiátrico e enfermaria psiquiátrica de hospital geral. Prevê, entre outras coisas, a supervisão e orientação de equipes de saúde geral, feitas por profissionais de saúde mental e recomenda aos ambulatórios ações de natureza intra-institucional e inter-institucional. Isto é, reuniões de equipe, treinamento de pessoal de apoio, etc, e atividades de integração entre equipes de serviços hospitalares e extra-hospitalares. Sabendo que tais atividades eram dificultadas porque o sistema de informação só computava a produção de consultas, o documento sugere que o tempo gasto nelas fosse incluído na carga horário de trabalho. De fato, ao menos em grande parte dos ambulatórios de saúde mental da SES-SP, 70% do tempo era destinado ao atendimento e 30% às reuniões dos programas e de equipe, à supervisões programáticas e institucionais, etc.

No plano das internações, o documento coloca as enfermarias psiquiátricas em hospital geral como serviços que podem viabilizar a reforma psiquiátrica e como a “alternativa técnica aos hospitais psiquiátricos públicos ou privados, implicando na dispensa gradual desses serviços” se planejadas de acordo com as necessidades regionais (BRASIL, 1987:31). Além disso, é dado destaque à criação de mecanismos institucionais para regular o fluxo de demandas para internação. Trata-se das centrais de vaga e de regulação, embora não se encontrem assim designadas no texto.

O texto da Proposta de organização para uma rede de atenção médico-psicossocial descreve ações de rede onde é absolutamente identificável a experiência de São Paulo ocorrida entre os anos de 1982 – 1986. A inclusão dos centros de atenção psicossocial deve ser creditada à inauguração do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira⁶¹, na época.

Enquanto os programas de intensidade máxima (PIM) desenvolvidos nos ambulatorios abarcavam um conjunto de atividades que aconteciam, de modo geral, em meio período do dia, duas a três vezes por semana, os CAPS são apresentados como serviços que deveriam ampliar tais atividades, oferecendo-as em dois turnos (manhã e tarde) todos os dias da semana. Além disso, os CAPS foram inicialmente propostos para áreas urbanas de elevada densidade populacional e poderiam ser implantados em áreas físicas distintas ou contíguas aos ambulatorios (BRASIL, 1997:28).

Vale notar que, nesse período, em São Paulo, o que se perseguia era a implantação do trabalho multiprofissional na rede de serviços, e que o ingresso de outras categorias profissionais deslocava a centralidade ocupada pelo psiquiatra na ordenação do processo de trabalho. Exemplos disso eram as triagens diagnósticas feitas por equipes constituídas por dois ou três profissionais de categorias diferentes, como psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, farmacêutico e fonoaudióloga⁶²; os ateliês de terapia ocupacional; os grupos de família executados por assistentes sociais ou psicólogos; as atividades “ressocializantes”, como eram chamadas, que envolviam

⁶¹ O CAPS Luís da Rocha Cerqueira foi inaugurado em 12 de março de 1987 (GOLDBERG, 1994) e o documento é de junho de 1987.

⁶² No atendimento de crianças, via de regra, o psiquiatra não participava.

passeios, organização de atividades com pacientes em clubes municipais, etc, feitas por várias categorias profissionais. Embora o grau de articulação dessas atividades nem sempre fosse satisfatório, a responsabilização pelo cuidado começou a ser ampliada e muitos serviços faziam reuniões de equipe para discutir a condução, as dificuldades de compreensão ou de manejo dos casos em atendimento e a própria integração da equipe. Nos serviços ambulatoriais, falava-se mais em evitar internações e aumentar a continência dos serviços e menos em desospitalizar. Foram tempos em que alguns ambulatórios de saúde mental mantinham grupos de egressos de internação e de desmedicalização com pacientes que faziam uso crônico de benzodiazepínicos⁶³, muitos dos quais seguidos há anos nas clínicas privadas contratadas pelo INAMPS e descredenciadas quando, a partir da implantação do SUDS, teve início a estadualização dos serviços dos INAMPS (os PAM).

Durante boa parte dos anos 80, as terapeutas ocupacionais discutiam e divergiam sobre o que fazer com os trabalhos dos pacientes: teriam eles a finalidade exclusivamente terapêutica e deveriam ser levados pelos pacientes, ou poderiam ser vendidos em bazares organizados nos hospitais e em ambulatórios? Só havia consenso quanto ao fato de que a instituição é que deveria fornecer os materiais necessários para se fazer os ateliês; quanto à venda regular ou eventual de artesanatos, havia divergências. Os psicólogos polemizavam sobre a indicação de psicoterapias de grupo e individual e poucos médicos experimentavam atendimentos grupais. As assistentes sociais questionavam o “paternalismo” e

⁶³ Hoje em dia, provavelmente os grupos de desmedicalização serão feitos para pacientes com uso crônico de antidepressivos, cujas prescrições aumentaram enormemente.

“assistencialismo” da prática profissional e problematizavam os passes de ônibus que eram dados aos pacientes que não tinham recursos próprios para comparecer ao serviço. Nesse período, eram freqüentes os grupos de ludoterapia feitos por psicólogos com atendimento concomitante de grupos de pais conduzidos pelas assistentes sociais. Mais raro era o farmacêutico conduzir grupos e orientar os pacientes sobre o uso da medicação, ou mesmo conduzir atividades nos PIM (mas isso acontecia em alguns ambulatorios de saúde mental). Poucos desses serviços tinham enfermeiros e havia dificuldade em mantê-los.

Certamente, parte dessas dúvidas e polêmicas foi superada em decorrência do ingresso de outros parâmetros para subsidiar as práticas. O trabalho terapêutico, restrito ao interior das unidades assistenciais e da relação terapeuta-paciente⁶⁴, ampliou esses limites ao conceber projetos terapêuticos que transcendem a clínica (psiquiátrica e psicológica), visando alvos reabilitadores: a re-socialização / re-inserção (noção adaptativa do doente mental) cedeu espaço à noção de inserção / inclusão psicossocial ligada à atribuição de trocas sociais com valor afetivo e econômico, pretendendo-se, assim, interferir na relação social com a loucura. Exemplo disso são os projetos de trabalho geradores de fonte de renda, organizados no espaço de serviços⁶⁵; a conversa ampliada com familiares organizados em associações; as ações terapêuticas na casa do paciente – gerando interlocuções com famílias, síndicos, donos de pensão, etc –, cujas metas

⁶⁴ Médico-paciente; psicoterapeuta-paciente, enfermeiro-paciente, etc.

⁶⁵ Como os serviços de xerox, o Café e a barraquinha de cachorro quente do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, bem como os brechós e feiras de artesanato feitas por ambulatorios, além, naturalmente das cooperativas de trabalho organizadas pelos NAPS de Santos.

vão além das visitas domiciliares com a finalidade de conhecer a “dinâmica” para tratá-las no espaço protegido das consultas ou dos grupos de orientação. Enfim...

Porém, a política de ambulatorização da assistência representou um discurso racionalizador da assistência que não interferiu na ênfase do modelo de hospitalização, embora, indubitavelmente, os ambulatórios tenham conseguido índices bastante significativos de adesão de pacientes crônicos com história anterior de internações longas e recorrentes(quadro 1). Vistos como **“grandes portas de entrada para a internação psiquiátrica”**, conforme parecer de um Coordenador estadual, a ambulatorização também foi apontada como responsável pela “naturalização” da demanda psiquiátrica (BEZERRA JR., 1994). Aliás, Heitor Rezende, ao comentar que o aumento da oferta de serviços de saúde mental era um fenômeno recente em muitos países industrializados, e observado com defasagem no Brasil, questiona “se seria o fenômeno observado simples consequência do aumento real da incidência da doença mental na população, ou seria ele, por assim dizer, estimulado pela própria prática psiquiátrica, na medida em que esta desempenha hoje funções sociais totalmente diferentes da que exercia no passado?” (RESENDE, 1983:142). De todo modo, não existem estudos originais (metodologicamente falando) que confrontem as taxas de incidência e prevalência de morbidade psiquiátrica encontradas nas pesquisas nacionais e internacionais, ou que desabonem as estimativas da OPAS-OMS de demanda por atendimento em saúde mental em algum momento da vida de uma pessoa.

Como produto do debate desses anos sobre a assistência psiquiátrica, o diagnóstico da situação, em 1990, estava dado. Um dos Coordenadores entrevistados destacou três fatores que facilitaram a reforma psiquiátrica, sendo

que o primeiro era o consenso do diagnóstico. Sobre isso assinala que “as distorções da assistência psiquiátrica já estavam bastante evidentes e a necessidade de mudança já era um processo pactuado, no mínimo entre os principais atores: a universidade e os profissionais de saúde ... A sociedade não estava participando do debate porque o Projeto Paulo Delgado⁶⁶ estava apenas começando a tomar vulto na imprensa, mas de qualquer forma já se sabia que a legitimidade do hospital psiquiátrico estava completamente questionada”.

Aponta como segundo fator a incorporação do INAMPS pelo MS, em março de 1990. Diz ele que “a partir de 1991, você já podia fazer portarias, ao contrário do que era anteriormente, quando a DINSAM fazia normas que só eram aplicadas aos seus três hospitais. Eram avançadas, digamos assim, mas só se aplicavam aos seus três hospitais, não atingiam o financiador do sistema público que na verdade era o INAMPS. Esse foi um fator estrutural, porque isso não é conjuntura, mas um fator estrutural importante”.

Atribui, como terceiro fator, a Declaração de Caracas, grande facilitadora de uma política de mudança. Para ele, “o fato de ter uma Conferência da OPAS, especificamente sobre a questão da assistência psiquiátrica, e produzir um documento com aquela simplicidade, como foi o da Declaração de Caracas, você adere ou não. ... Na essência são três pontos: superar o hospital como principal equipamento da assistência; enquanto o hospital existir que ele não seja lugar de martírio; e atentar para a questão dos direitos das pessoas com problemas mentais. Quer dizer, essas pessoas ao invés de terem seus direitos

⁶⁶ O Deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores, redigiu o Projeto de Lei 3.657 / 89, propondo a regulamentação dos direitos do doente mental e a extinção progressiva dos manicômios. Nos 11 anos em que o projeto ficou parado no Senado, teve várias versões substitutivas, e foi aprovado em última instância no plenário da Câmara Federal. A versão final é a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Ela “redireciona o modelo de assistência psiquiátrica, regulamenta o cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê a possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária e/ou desnecessária” (BRASIL, 2004c)

diminuídos devem ter seus direitos aumentados. Foi uma agenda ... um norteador que facilitou para todos os ministros incorporarem a política, o que seria difícil sem um documento como o de Caracas. Você teria que passar meses explicando ... [e] quando eles perguntavam ‘mas por que você quer fechar esse hospital, ou aquele?’, você colocava um relatório do GAP⁶⁷ e, na mesma hora, eles aprovavam. Então esse era o cenário”.

O teor do documento, que é extremamente sucinto e conciso, aponta para a necessidade de superação do hospital psiquiátrico como única modalidade assistencial, assinalando o isolamento e a incapacitação social que o hospital produz, assim como os riscos que ele representa aos direitos humanos e civis do paciente. Enfatizando que a “atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada participativa, integral, contínua e preventiva” (OPAS, 1990), recomenda que a reestruturação da atenção psiquiátrica se dê de forma articulada com a atenção primária; que os cuidados e tratamentos sejam baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; que seja feita uma adequação na legislação dos países de modo a assegurar os direitos dos doentes mentais; que a formação de recursos humanos ocorra de forma consonante ao modelo de organização de serviços comunitários; e que as associações e organizações ligadas à área se comprometam a advogar o que foi acordado na Conferência.

A despeito da importância da Declaração de Caracas, Amarante (2003) avalia que o “documento contribuiu substancialmente para a redução do conceito de reforma psiquiátrica ao que se denomina *reformismo* ...”, pois a adoção do “termo *reestruturação* da assistência psiquiátrica [fez com que ele passasse] a ser

⁶⁷ Grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica.

utilizado de forma genérica e que poderia ter o significado de um re-arranjo da instituição tradicional, sem qualquer atitude crítica ao modelo epistemológico constituinte da Psiquiatria” (AMARANTE, 2003:46).

Mas é na lógica de reestruturação da assistência psiquiátrica que é aprovada, onze anos depois, a Lei nº 10.216, de abril de 2001⁶⁸, que dispõe sobre a proteção aos portadores de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. É também a partir de 2000 que os serviços extra-hospitalares voltados ao tratamento de pacientes com transtornos mentais severos começarão a assumir a cena, dando concretude ao discurso de mudança e inspirando a constituição de um outro modelo assistencial. Pouca referência há sobre as ações de saúde mental na atenção básica.

Antes, porém, de entrar na discussão do modelo de atenção, é importante retomar o diagnóstico do início de 1990 para destacar as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde.

Um dos Coordenadores já citados, enfatiza que **“as distorções da assistência psiquiátrica saltavam aos olhos e a legitimação do modelo era tão baixa que qualquer proposta de mudança, com um mínimo de consenso, seria capaz de ser encampada pelo MS”**.

Exemplo da baixa legitimação do modelo, além da péssima oferta de cuidados, pode ser visto nos dados apresentados por Alves (1993), mostrando que até 1990 o leito psiquiátrico no Brasil representava 20% de todos os leitos SUS, só superados por clínica médica. Em 1991, do total de procedimentos pagos⁶⁹, Internação em Psiquiatria I ocupava o segundo lugar (7,81%) depois de

⁶⁸ O projeto de lei original é 1989, do deputado Paulo Delgado.

⁶⁹ Fonte: DATAPREV

parto normal (12,08%) (ALVES, 1993:135-143), o que atestava, conforme comentou um Coordenador, que **“todos que estudavam o assunto internações sabiam que a hospitalização psiquiátrica era o grande ralo do SUS, gastava-se com “hospedagem” e não com terapêutica...”**. Outro fato exemplar das distorções era que o tempo médio de internação psiquiátrica no Brasil era de cem dias.

A criação do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo-SP (1987), e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos-SP (1989), dando lugar aos Núcleos de Atenção Psicossocial, foram experiências pioneiras e exemplares de práticas inspiradas em uma concepção de serviço e de oferta de cuidados diversa daquela que inspirou os ambulatórios de saúde mental e que regia os tratamentos hospitalares.

Parece equivocado dizer que essas experiências superaram a concepção de rede por níveis de complexidade, ou que suplantaram a noção de referência e contra-referência – caras ao modelo anterior –, pois são esses os princípios que ordenam a distribuição e relação de serviços. Talvez seja mais razoável afirmar que, implantada essa lógica na organização da rede, outros problemas surgiram da solução adotada. Um deles foi a segmentação da assistência decorrente de encaminhamentos para níveis mais complexos do sistema – serviços super-especializados com a função de finalizar a assistência –, tornando-os descompromissados com essa rede, como apontou Cecílio (2001) e, principalmente, porque nem sempre o sistema de referência e contra-referência favoreceu o acesso.

A hierarquização, a referência e contra-referência seguem como critérios racionais úteis de rede⁷⁰. Exemplo disso é a busca em estabelecer protocolos clínicos para liberar ou não uma vaga de internação, ou para definir o que é “caso” e o que é “não caso” para um CAPS. Espera-se que, ao final da internação, os pacientes sejam orientados a retornar ao serviço de origem; caso isso não ocorra, cabe ao serviço ir atrás. Naturalmente, monitorar este fluxo é uma das funções precípuas dos articuladores regionais de saúde mental que devem acompanhar estas situações de forma articulada às centrais de vaga e de regulação e junto às unidades de saúde.

Não há dúvida que tanto o CAPS quanto os NAPS formalizaram práticas onde as estratégias usadas para aumentar o acesso ao serviço e a autonomia social dos pacientes passam a ser pensadas a partir da singularidade de cada caso, resultando em manejos muito diferentes dos que se tinha até então. Levar os pacientes para tirar documento de identidade, ocupar-se das condições em que vivem, criar oficinas e cooperativas de trabalho, envolver as famílias de forma mais ativa no projeto terapêutico, abrir espaços de participação dos pacientes no cotidiano do trabalho do serviço (através de assembléias, etc), oferecer alguns leitos para acolher pacientes em crise (no caso dos NAPS) certamente foram diferenciais importantes introduzidos por esses serviços quando comparados aos ambulatórios. O que começou a mudar, do ponto de vista de acesso, foi a relação com os serviços de referência. Isto é, tanto os CAPS quanto os NAPS eram serviços mais disponíveis para receber pacientes e famílias em situações adversas, sem o engessamento das consultas agendadas e sem a prática

⁷⁰ Se somados, evidentemente, a uma concepção de rede solidária.

burocrática do encaminhamento dos casos agudos para o PS. Além disso, a estratégia de implantar os NAPS a partir da região de procedência dos pacientes internados foi um dos meios de territorialização empregados na desconstrução do Anchieta, até então inusitados no país.

Tomadas como modelo a serem reproduzidos, tais experiências “**careciam de condução nacional**”, conforme avaliação do Coordenador Nacional da época. A condução nacional pode ser entendida como a criação de instrumentos pautados em diretrizes claras e que serão estabelecidos a partir do final de 1991.

Nesse segundo período foram criados os mecanismos que irão interferir efetivamente na reestruturação da assistência. Conforme depoimentos dos Coordenadores, ele foi marcado por um conjunto de fatos ligados à saúde em geral: a criação do SUS (1988), a edição da Lei Orgânica de Saúde (1990) e a fusão do INAMPS ao Ministério da Saúde (1990), como já foi dito. A reforma se iniciou quando o Ministério da Saúde passou a gerir as formas de contrato e, sobretudo, as de financiamento de serviços.

Para um dos Coordenadores, “**a virada dos anos 90 ocorreu, primeiro porque houve um processo de empoderamento dentro do Ministério da Saúde com a construção do SUS e, segundo porque isso vai dar mais instrumentos e condições de interferir mais nesse período**”.

No ano seguinte (1991), a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (COSAM-MS) definiu as diretrizes do campo, fixando dois eixos estratégicos para reversão do modelo:

1. Substituição progressiva do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico por rede de atenção integral em saúde mental, diversificada e

integrada à rede geral de serviços de saúde e outros recursos sócio-comunitários. Pretende-se o desenvolvimento de novas práticas, calcadas em princípios éticos e direitos de cidadania dos usuários;

2. Revisão do arcabouço jurídico-legal, objetivando a sua compatibilização com as mudanças em curso no plano assistencial e a garantia dos direitos civis e de cidadania dos portadores de transtornos mentais. (BRASIL, 1994: 2).

Os instrumentos ético-normativos criados para viabilizar as prioridades do primeiro item acima citado foram publicados em três conjuntos de portarias entre 1991 e 1994:

1. A PT SNAS nº 189, de 19/11/1991, estabelecia diferentes valores para a Autorização de Internações Hospitalares (AIH), segundo os tipos de estabelecimentos hospitalares: internação em hospital psiquiátrico e internação psiquiátrica em hospital geral. Os procedimentos citados e o tratamento em psiquiatria em Hospital-Dia foram incluídos no Sistema de Informações Hospitalares (SIH). No Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) foram criados 8 códigos de atendimento que contemplavam as práticas novas desenvolvidas pelos serviços de saúde mental, como atendimento em oficinas terapêuticas e Núcleos / Centros de Atenção psicossocial (BRASIL, 2004a). Como desdobramento dessa portaria, foram publicadas outras três, ligadas às exigências para o cadastramento de hospitais,

segundo o porte, e à prorrogação dos prazos de validade para os hospitais se adequarem a elas⁷¹.

2. A PT SNAS nº 224, de 29/01/1992, normatizava o funcionamento de todos os serviços de saúde mental – UBS, CS, ASM, NAPS / CAPS, hospitais-dia, serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria –, estabelecendo os procedimentos a serem executados em cada tipo de unidade, composição e número de profissionais, área física das enfermarias, salas destinadas às atividades previstas e equipamentos necessários. Visando a humanização da assistência e a garantia de direitos dos pacientes, as disposições gerais que acompanharam esta portaria determinavam a proibição de celas fortes; a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados; o registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados; e concedia prazo de um ano para a adequação dos hospitais às exigências estabelecidas. Embora a 224 arrolasse praticamente as mesmas atividades para os vários tipos de equipamento (por exemplo, não discriminando UBS de ASM), ela foi um instrumento valioso para qualificar a assistência prestada pelos equipamentos hospitalares. Outra portaria, a PT / SAS nº 147, de 25 de agosto de 1994, exigiu que os hospitais psiquiátricos apresentassem um projeto terapêutico compatível com as normas.

⁷¹ PT / SAS nº 407, de 30/6/2002; PT / SAS 408, de 30/12/2002; PT / SAS nº 088, de 21/7/1993

3. A PT SAS nº 145, de 25/8/1994, instituiu o Grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP), que deveria se reproduzir nas três esferas de governo, com “o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, a correta aplicação das normas em vigor” (BRASIL, 2004a).

Essas portarias tiveram grande impacto na assistência, induzindo uma redução importante de leitos em todo o Brasil e a criação de novos serviços comunitários. Segundo documento do Ministério da Saúde, entre 1991 e 1995, o número de hospitais psiquiátricos no Brasil, que era 313 (em 1991) foi reduzido para 280 (em 1995), e o número de leitos caiu de 86.000 para 72.000, no mesmo período (BRASIL, 1995).

Dos 14.000 leitos extintos no país, 10.381 foram fechados no Estado de São Paulo, demonstrando não apenas a extensão do parque hospitalar, mas a adesão política à reforma. Daí a fala de um de Coordenador estadual:

“Numa reunião de Coordenadores, eu chamei atenção para o fato de que o Estado de São Paulo tinha que ser ouvido com muita atenção, e tratado com bastante respeito, não porque éramos São Paulo, mas porque São Paulo tinha que realizar um trabalho compatível com as diretrizes do Ministério da Saúde. Do contrário eles não teriam números para apresentar no final da gestão. Nós estávamos trabalhando aqui por uma razão ideológica, nós acreditávamos [no que estávamos fazendo] e todos éramos egressos da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria (que não existia mais na época) e, filiados ou não, também éramos do Movimento de Luta Antimanicomial. Nós usamos as portarias ministeriais para realizar algo que era o nosso propósito. Foi uma feliz conjunção: o Ministério da Saúde nos

serviu e nós servimos ao ministério, na medida em que reduzimos 25% dos leitos psiquiátricos do Estado que tinha o maior número de leitos do Brasil. Os Estados com a maior relação leito / habitante eram São Paulo, Rio de Janeiro e Pernambuco. São Paulo vinha realizando essa diminuição lentamente e com as portarias isto aconteceu mesmo. Em números brutos, para o cômputo do MS, tinha que ser São Paulo mesmo, porque nós tínhamos 34 mil leitos. São Paulo estava absolutamente afinado com o MS relativamente às intenções transformadoras do modelo”.

Sobre as portarias, um Coordenador observa que “tudo o que era consenso a gente transformava em ato administrativo”. No plano operacional da política, esse consenso era buscado no Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental dos Estados, que se reunia regularmente. O mesmo Coordenador salienta que “havia um cacoete do Rio, de São Paulo e do Rio Grande do Sul, que era de fazer regras sem se lembrar do Rio Grande do Norte. Eu me lembro que o MS tinha aquele manual de orientação que recomendava três terapeutas ocupacionais, etc, que era um problema para certas regiões do país”. Diz que “todas as portarias que saíram do ministério [no período em questão] foram previamente acordadas com os coordenadores. O Estado falava isso é possível ou não. Ou seja, existia um patamar mínimo que deveria ser oferecido a todos os brasileiros. Exemplo é a portaria 224. Ela é muito clara, pois os estados e municípios têm competência para regulamentar complementarmente esta portaria. A importância delas (189 e 224) foi a de sinalizar uma política. O MS tinha uma política e política se faz com dinheiro. Então, o dinheiro que estava indo para cá, financiando leitos hospitalares, se o município ou o estado quisesse, poderia ir para lá, para financiar a rede extra-hospitalar. O Ministério vai transferir e, da mesma forma que transferia para hospital, ia transferir também para outra coisa, pois não tem política se não envolver dinheiro. E, em segundo lugar, as portarias colocaram um norte

de funcionamento mínimo, um parâmetro que pudesse ser acompanhado para você poder fechar ou abrir serviços com base nelas”.

Outra forma de buscar consenso e legitimação da política, foram as conferências nacionais de saúde. Nesse segundo período, a II Conferência Nacional de Saúde Mental – II CNSM foi um grande marco para a saúde mental. O Coordenador nacional da época comenta que a iniciativa de convocar a II CNSM foi motivada pelo fato de que, embora estivesse claro para a equipe que vinha coordenando o processo de reforma psiquiátrica que a mudança era necessária e que “ninguém da equipe tinha dilema quanto a isso”, havia consciência de que “o problema era complexo”. Segundo o Coordenador, não ter dilema “não tornava o problema simples, e uma boa maneira de transformar um problema complexo num problema pactuado foi convocar a Conferência. Ou seja, transformá-lo em um debate da sociedade. E com outro facilitador: àquela altura já tínhamos a Lei Orgânica da Saúde, já tinha a lei 8142 que regulamentava o formato da Conferência. Isso facilitou muito porque, diferentemente da Conferência de 1987, que tinha uma natureza congressual – na verdade foi o Congresso que saiu com uma declaração política –, a II Conferência já tinha regras estabelecidas de pré-conferências, conferências estaduais etc. Essa foi uma iniciativa óbvia, já que a gente queria angariar apoio e vitalidade para as propostas de mudanças”.

A estratégia empregada para organizar o debate na conferência foi chegar lá com uma política clara e não “esperando que ela ditasse uma proposta”. Esta política foi referida ao fato de um ano antes terem sido publicado duas portarias já citadas: a PT 189, que abria a possibilidade de financiamento para mudança, e a PT 224, que regulamentava, minimamente, o funcionamento dos serviços. “Então

nós chegamos na Conferência para ver o grau de legitimidade dessa proposta e o que mais poderia ser incorporado”.

Vinte e quatro dos vinte e sete estados brasileiros fizeram as conferências estaduais prévias e mandaram delegados. Foram 500 delegados e 320 observadores credenciados eleitos pelos estados, 150 ouvintes e 100 convidados, dos quais 15 eram personalidades estrangeiras e representantes de organismos internacionais (BRASIL, 1994b). Do total de credenciados, 110 eram usuários e familiares, representado quase 20% do total.

O mesmo Coordenador refere que “a formação de Associações era uma coisa recente ... [pois] em 1991 nós fizemos a primeira reunião de Associações em São Paulo, numa parceria do Ministério da Saúde com a Prefeitura, e apareceram 12 Associações. Então, um ano depois você ter 110 Associações de Familiares e Usuários foi uma surpresa muito agradável”.

Também foi uma proposta da II Conferência Nacional de Saúde Mental a criação da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, que, a partir de 1994, passou a se reunir na condição de Câmara Técnica do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1994b, 1995). Posteriormente, essa comissão passará a ser designada por Comissão Nacional de Reforma de Saúde Mental.

A II CNSM abordou três grandes temas: rede de atenção em saúde mental; transformação e cumprimento de leis; direito à atenção e direito de cidadania. Referendando os princípios do SUS e as características dos serviços novos que vinham sendo criados, a rede substitutiva proposta deveria constituir-se de “unidades de saúde mental em hospital geral; emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral; unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de

hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas; pensões protegidas, lares abrigados; centros de convivência; cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão” (BRASIL, 1994:13b). Os marcos conceituais apresentados na II CNSM foram pautados no modelo de desinstitucionalização e foi feita a recomendação de que esses serviços deveriam se transformar em “verdadeiros laboratórios de produção de vida, nos quais seja resgatada a história e a cidadania dos indivíduos” (BRASIL, 1990:13-14b).

Outro aspecto fundamental da política, ligado às suas características organizacionais, é a relação do setor público com o setor privado contratado e filantrópico. Esta relação foi tomada em uma das entrevistas por dois ângulos: o da responsabilização e o do embate ideológico acerca do tipo de cuidado a ser ofertado:

“Entre 91 e 95 a necessidade de mudança não foi questionada pelo setor contratado, apesar dos enfrentamentos que aconteciam nas supervisões dos Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP). Nós tivemos apoio desse setor na questão da mudança, inclusive, da assistência hospitalar. Mas parava aí. O que diferenciava a relação do MS nessa época – e o INAMPS havia tido outra - é porque tinha-se o hábito de falar que a culpa era do setor privado. Culpa é coisa da psicanálise e não de política pública. Em política pública se fala de responsabilidade. Quem contrata é que é responsável. Então vamos fazer uma regra clara e quem não cumprir está fora. O setor contratado passou a entender isso”. No entendimento desse Coordenador, esse tipo de relação pública com o setor contratado foi sendo fortalecido e, apesar das divergências existentes, as regras tinham que ser cumpridas dos dois lados.

O Coordenador refere ainda que, a partir de 1995, o Ministério da Saúde passou a travar uma discussão de natureza ideológica com o setor privado: “**não se tratava de polemizar o hospital versus os serviços abertos, [pois isso] já era uma política referendada pela II Conferência Nacional de Saúde e por todos os ministros que passaram. Passamos a discutir, mais aprofundadamente na agenda, essa questão da natureza do tipo de cuidado**”. Segundo ele, o paradigma adotado para substituir o “**modelo diagnóstico / tratamento**” foi o da noção de “**problema / risco social**”, bem como o conceito de cuidado, visto não como ato, mas como atitude: “**pois atitude é uma coisa permanente e o ato é uma coisa em si**”.

A noção de reabilitação psicossocial parece ter sido o parâmetro para se rever as práticas de saúde mental e o objeto de discussão nos anos 90. Entendida como uma estratégia para se cuidar das demandas de “**pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais**” (PITTA, 1996) e como meio de se restituir o poder contratual dessas pessoas, a reabilitação psicossocial instigou (e vem instigando) vários serviços – abertos ou fechados – a repensarem o trabalho, tornando-se um “**princípio**” para a implantação dos novos.

Um marco importante dessa discussão foi o I Encontro Nacional de Reabilitação Psicossocial, realizado no Teatro da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em junho de 1995, e que contou com cerca de 400 participantes. Feito por iniciativa do Capítulo Brasileiro da Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial – WAPR, esse encontro trouxe gente de todo o Brasil e de outros países, além de autoridades de organismos internacionais, como OPAS e OMS, para discutir as estratégias reabilitadoras e difundir experiências de reabilitação que vinham acontecendo em diversos estados brasileiros. Contou com

a participação de profissionais da rede, usuários e familiares e organizou cursos voltados para esses segmentos. A este encontro, seguiram-se muitos outros em vários estados brasileiros, todos eles organizados em torno da atenção psicossocial.

A concepção de reabilitação psicossocial, somada à de desinstitucionalização, perpassa todo o discurso de modelo assistencial que vem sendo implantado e tem sido um norte e um argumento para a política dessa área.

Do ponto de vista da relação do Ministério da Saúde com os outros entes federativos, ela passará por mudanças a partir da edição das Normas Operacionais Técnicas, editadas ao longo dos anos 90, e da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/01. Mas, nas entrevistas, apenas dois Coordenadores se referem a elas. Um deles apontou a NOB 01/91 como sendo “omissa sobre as funções do estado”, porém fez uma ressalva de que “ao delegar ao município uma função de gestor, de alguma forma ela mudou o lugar político do debate”. Cita como exemplo o fechamento de 150 leitos de um hospital de Brodósqui – SP, que tinha 400, conduzido pela Coordenadora de Saúde Mental estadual. Refere que “a Câmara de Vereadores reclamou com o ministro e ele me pediu para ir lá Eu me lembro que foi uma reunião no hospital, com quatro ou cinco vereadores, com a Toninha e comigo. Na medida em que eu fui explicando como era o repasse financeiro, isto é, que o dinheiro que ia para aquela AIH do hospital deixava de ir para tratar pneumonia de criança, para maternidade, etc, os vereadores foram saindo um por um. Ficaram só os donos do hospital. Eles entenderam que estavam defendendo uma bandeira equivocada”. O papel do estado, segundo este Coordenador, é estabelecido com a NOB 01/96 ao delegar à instância estadual a habilitação dos municípios. Para o outro Coordenador, apesar

da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/01 tentar redefinir o papel do estado, atribuindo a ele funções de atuação estratégica, de planejamento, de articulação, etc, “não mudou muita coisa e a crise da instância estadual permanece”. Acrescenta que “o município se organiza porque tem que se haver com a questão da assistência e que no nível estadual está havendo uma crise de identidade”. Essa crise estadual, bastante evidente no campo da saúde mental, é expressa pelo esvaziamento da figura do Coordenador Estadual de Saúde Mental, a partir de 2002. Mas isso será comentado mais a frente.

Até meados de 1990, a coordenação estadual em São Paulo era bastante presente na condução das supervisões hospitalares e na assessoria de municípios que não tinham uma política estabelecida de saúde mental e/ou com alta concentração de leitos. Participava de debates sobre a criação de estratégias psicossociais como norte das práticas, através de seminários, encontros e jornadas organizados pela universidade⁷² e com a presença de representantes da OPAS e OMS.

Após 1995 e até 1999, parece haver um período de manutenção da política. Não são editadas novas portarias, não há propriamente um retrocesso, mas a representação nacional da política de saúde mental se desvanece. Não encontramos documentos que, explicitamente falassem de diretrizes, mas tudo indica que, apesar das adversidades, as metas ligadas ao redirecionamento da política se mantiveram.

⁷² Principalmente organizados pelo Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, pela Escola de Enfermagem da USP e pelo seu Centro Colaborador.

Um dos Coordenadores nacionais explica esta situação, dizendo que, nesse período, as áreas técnicas estavam dissolvidas e resolveu-se criar um Comitê Técnico-Científico para cada uma delas. “Esse comitê, que chegou a existir, reuniu gente da academia para respaldar uma política que não se sabia por quem seria executada. Na área de Saúde Mental formou-se, muito a contra gosto, um Comitê para o qual conseguimos indicar o nome de algumas pessoas que estavam enfiadas no campo, e uma das discussões importantes feita por ele foi a de medicamentos atípicos. Foi uma questão importante essa do MS incluir ou não os anti-psicóticos atípicos”. Avalia que “foi um período de desmonte, independente do que se conseguiu realizar”, e ressalta que, com o desmonte, veio a crise dos hospitais e a atuação da Comissão de Direitos Humanos da Câmara.

Para esclarecer o que foi essa crise, ele pontua a queda da remuneração dos hospitais (que era a mesma desde o plano real) e a interrupção das supervisões. Discorre sobre o período, assinalando que “até 1996 o GAP teve um papel muito importante na qualificação dos hospitais, pois eles faziam supervisão, *in loco*, dentro do processo de classificação dos hospitais em Psiquiatria II, III e IV. Depois disso, 1995-1996, esse grupo era ativado mais esporadicamente e, via de regra, o que motivava a ação deles eram as denúncias. No governo Fernando Henrique, embora se pudesse chamar as pessoas para fazer algumas supervisões, já não se tinha mais um processo formal estabelecido. Um ou outro Estado manteve as supervisões, mas, no geral, houve um declínio desse acompanhamento e do valor da diária”.

Conta ainda que, em maio de 1999, houve uma reunião importante em Brasília, onde a luta antimanicomial e alguns outros atores organizaram-se para fazer um seminário para discutir o *statu quo* da reforma psiquiátrica. “Foi uma coisa

de fora para tentar forçar um pouco o caminho da reforma e o Marcos Rolim, que coordenava a Comissão de Direitos Humanos na Câmara Federal, fez uma visita a dois hospitais psiquiátricos em que a situação de degradação estava bastante acentuada. Foi a Caravana dos Direitos Humanos, que inclusive produziu um relatório e o Ministério da Saúde teve que fazer alguma coisa”.

Concordando com este Coordenador, um outro entrevistado entende que era “um contexto de paralisia ... e saúde mental não alcançara um estatuto de prioridade de governo”. Mas assinala o que foi possível realizar.

Dentre essas realizações, a negociação para a aprovação da lei nacional da reforma (Lei 10.216) foi uma das ações políticas do Ministério da Saúde em 1999. Conta o Coordenador que “foi um momento em que nós, trabalhando com o Paulo Delgado, cujo projeto de lei tramitava no Senado há onze anos – isto é, estava engasgado lá – tivemos a possibilidade de fazê-lo aprovar. Isso foi em janeiro de 1999. Eu estava ingressando e nesse momento houve uma convocação extraordinária para discussão de temas meramente econômicos, mas aproveitou-se a ocasião e a Presidência do Senado colocou em pauta essa discussão em função da perda de mandato do deputado Lucílio Portela, que tinha um projeto substitutivo ao Projeto de Lei. Naquela ocasião, o relator do projeto era o deputado Sebastião Rocha e tivemos uma inserção no sentido de compatibilizar as versões mais radicais do Movimento da Luta Antimanicomial com versões atenuantes do próprio Movimento da Reforma Psiquiátrica, vamos dizer assim, mais conciliador. De qualquer maneira, conseguimos derrubar o projeto substitutivo de Lucílio Portela e termos a versão alternativa aprovada” (anexo 7).

A lei aprovada omite a extinção progressiva dos manicômios, proposta no projeto de lei de Paulo Delgado, mas estabelece, entre outras coisas, o tratamento

preferencial em serviços comunitários de saúde mental, sendo indicada a internação quando tais recursos se mostrarem insuficientes. Além disso, prevê a internação voluntária, involuntária e compulsória. Na primeira, quando o paciente solicita a internação ou a consente, ele deve assinar uma declaração que optou por esse regime de tratamento; na segunda, o Ministério Público Estadual deve ser comunicado no prazo de setenta e duas horas pelo responsável técnico do estabelecimento que internou, estando previsto o seu término por solicitação escrita de um familiar ou responsável, ou por indicação de alta do médico responsável pelo tratamento; na compulsória, é o juiz que determina, levando “em conta as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e dos funcionários” (BRASIL, 2004a).

Além da aprovação da lei acima referida, o Coordenador salienta que, embora o contexto não fosse tão favorável como o atual, foram feitos convênios para a criação de 400 CAPS em todo Brasil, através da inclusão da saúde mental no Programa Avança Brasil, e foi criado um incentivo-bônus para desinstitucionalizar 2.000 moradores de hospitais. Esse auxílio, que “deu origem ao Projeto De Volta para Casa [foi uma] bolsa no valor de um salário mínimo para as pessoas que saíssem de internações psiquiátricas longas”.

Considerando a situação caótica da dispensação de medicamentos essenciais em psiquiatria e o fato de que “com as mudanças de legislação a farmácia básica, embora devesse contemplar itens da área de saúde mental, terminou por postergá-

los”, foi feita uma portaria destinando recursos específicos para garantir o aporte de medicamentos básicos em saúde mental⁷³.

Ainda em 1999, assinala o mesmo Coordenador, “nós resgatamos das discussões da extinta Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica uma proposta de implantação de Serviços Residências Terapêuticas que gerou a portaria 106⁷⁴, que instituía esse tipo de serviço”.

Também nesse período foi reinstalada a Comissão Nacional de Reforma de Saúde Mental, anteriormente designada por Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica. O mesmo Coordenador faz alusão à reforma do Conselho Nacional de Saúde que extinguiu todas as Comissões existentes anteriormente, inclusive a Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica. “Ela tinha 14 pessoas e, nesse momento, as Comissões Permanentes tinham que ter no máximo 9 integrantes, então fizemos essa gestão de demonstrar a complexidade, estigma e importância da inclusão da Saúde Mental nas agendas de governo e reintroduzimos, nos níveis de controle social, e de organismo máximo de controle, que é o Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Nacional de Saúde Mental”.

No terceiro período, que vem se desenrolando de 1999 para cá, o financiamento do modelo de atenção integra um conjunto de ações psicossociais, gerando um outro tipo de rede de serviços e novos mecanismos de financiamento.

Neste cenário, a visão de conjunto da área, expressa pela Coordenação Geral de Saúde Mental, em 2004, é a de que é baixa a cobertura do grupo de transtornos mentais de alta prevalência, e o modelo assistencial, em transição do

⁷³ Foi a PT / GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999. Em São Paulo ela gerou o **Dose Certa de Saúde Mental**.

⁷⁴ PT GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2004a)

hospitalar para o comunitário, ainda reflete as graves distorções do modelo asilar. A política pública, tida como necessariamente intersetorial, vem conquistando algum terreno nas suas interfaces com as áreas de assistência social, direitos humanos, trabalho, habitação, etc (BRASIL, 2004c) e, conforme expressou um dos Coordenadores, “o investimento na intersetorialidade tem que ser substantivo, e não retórico ou adjetivo”. Cita como exemplo a “grande ênfase na mudança da política com o louco infrator, feita junto à Justiça e à área de Direitos Humanos” e assinala que “toda a construção da política de álcool e drogas é um apelo veemente à intersetorialidade”, assim como o trabalho com oficinas de geração de renda. Naturalmente, inclui neste campo a cultura, a educação, etc.

O panorama de prevalência dos transtornos mentais na população geral, apresentado pelo documento acima citado, é o que se segue⁷⁵:

- 3% - transtornos mentais severos e persistentes que necessitam de atendimento contínuo;
- 6% - transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- 12% - percentual estimado da população que necessita de atendimento contínuo ou eventual (3% contínuo e 9% eventual);
- Suicídio - 3,98 /100.000 habitantes (BRASIL, 2004c).

Ao referir a tendência mundial de crescimento dos quadros de morbidade psiquiátrica, especialmente aqueles ligados à crise urbana, à violência, ao desemprego e a outros fatores culturais e sócio-econômicos, o mesmo documento salienta que a evolução clínica depende do modelo de tratamento e do suporte

⁷⁵ Não foi fornecida a fonte dos dados.

psicossocial, referência já feita no primeiro capítulo, quando foram expostas as variáveis apresentadas por Saraceno (1994) sobre os aspectos que contribuem para a evolução e resultado dos tratamentos.

Como forma de enfrentar os agravos expressos nas porcentagens acima apresentadas e outras questões ligadas ao campo da saúde mental, em 2004, o Ministério da Saúde apresentou um conjunto de dez diretrizes do Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no SUS que expressam as áreas e as estratégias para aprofundar o processo de reforma psiquiátrica. As diretrizes / metas são as que se seguem:

1. Redução progressiva dos leitos e desinstitucionalização;
2. Expansão dos CAPS;
3. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica;
4. Consolidação do Programa “De Volta Para Casa”;
5. Expansão das Residências Terapêuticas;
6. Formação e qualificação de Recursos Humanos;
7. Promoção de direitos de usuários e familiares e incentivo à participação no cuidado;
8. Reorientação dos Manicômios Judiciários;
9. Qualificação do atendimento hospitalar e ambulatorial existentes;
10. Consolidação da Política para Atenção integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004c).

Estas diretrizes, passados treze anos do início da implantação da política de reforma psiquiátrica – e estamos nos referindo à oficialidade que ela assumiu como política pública –, agregam as estratégias para viabilizar e operacionalizar a criação de uma rede suportiva e substitutiva ao modelo hospitalocêntrico. Ganham destaque a política de atenção para usuários de álcool e outras drogas (cujo atendimento sempre se deparou com resistências no campo da saúde mental), e a intenção de definir uma política voltada aos Manicômios Judiciários. Embora não esteja especificado nas diretrizes, a criação de CAPS infantil também representa um avanço importante nos cuidados à infância e adolescência, pois poucos serviços tinham programas dirigidos aos agravos nessas faixas etárias⁷⁶. Também constante das diretrizes, aparece a Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Mas, isto ainda está pouco discutido em documentos, possivelmente porque são incipientes as experiências assentadas nas equipes de saúde da família e em agentes comunitários de saúde.

A linha geral da política, conforme expressa pelo Coordenador é “conduzir para frente a transição do modelo hospitalocêntrico para o comunitário”. A implantação de CAPS e de Serviços Residenciais Terapêuticos, bem como a criação de uma política de álcool e drogas foram os meios apontados para administrar a transição e alcançar a meta de redução ativa do “componente hospitalar”. A eleição dessas áreas e serviços estratégicos também pode ser vista como produto da leitura do contexto epidemiológico das enfermidades psiquiátricas e compatibilização dessa leitura com o modelo assistencial. Modelo este voltado à redução de danos sociais

⁷⁶ Agravos que se enquadram nos transtornos globais do desenvolvimento e nos transtornos mistos de conduta e das emoções.

e à saúde, através de ações reabilitadoras e que favoreçam a inserção social de portadores de transtornos mentais severos e persistentes.

O mesmo Coordenador esclarece que a **“reforma psiquiátrica é uma política pública que depende essencialmente do ator Estado, no plano federal, para induzir mudanças e consolidá-las”**. Ressalta que ela não pode ser uma política **“federal”** e nem deixar que o componente normativo predomine. Neste sentido, coloca como primeira diretriz a construção e consolidação dos **“mecanismos e atores políticos eficazes nos âmbitos estaduais e municipais do SUS”**. Destaca a importância do fortalecimento do Colegiado de Coordenadores estaduais e municipais e do **“protagonismo de outros atores, como familiares, associações de coordenadores de CAPS, etc”**. Além disso, entende que a Coordenação Nacional **“tem a função precípua de construir outros protagonismos locais...”**.

Vale assinalar que o surgimento das associações de Coordenadores de CAPS sugere a centralidade que se pretende dar a este equipamento na configuração da rede de saúde mental, bem como a busca em politizar este dispositivo como **“o”** instrumento da reforma psiquiátrica.

Corroborando esta idéia, este Coordenador destaca que os CAPS têm uma importância estratégica fundamental na mudança de **“modelo, das mentalidades, dos mecanismos de formação e na adesão dos gestores municipais”**, por representarem uma **“tecnologia nova ...”** e simbolizarem um **“apelo ... à criatividade de todos (familiares, comunidade e técnicos) no manejo da psicose e das situações graves em saúde mental”**. O financiamento dos CAPS, ocorrido em 2002, através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, ou seja, independentemente do teto

financeiro estadual ou municipal, representou, conforme assinalou o Coordenador, um “divisor de águas [que] mostrou a decisão efetiva pela estratégia de CAPS”.

O conjunto de representações apontadas acima, subjacentes ao modelo de CAPS, sintetiza a característica que se quer imprimir nas práticas. Nada sugere que este dispositivo coloque entre parênteses a doença mental, senão que ele trabalha com uma gama ampla de variáveis que podem favorecer ou desfavorecer o prognóstico das enfermidades psiquiátricas, ou, se se quiser usar a descrição da taxonomia das necessidades, o CAPS figura a terapêutica como um conjunto de ações que devem propiciar boas condições de vida, favorecer o acesso às tecnologias que podem melhorá-la, estimular a plasticidade e a criação de vínculos na relação interativa da equipe com cada paciente e desenvolver intervenções voltadas ao aumento da autonomia nos modos de levar a vida.

Se mantido o estímulo que vem sendo aplicado na ampliação deste equipamento, seja através de pagamento no extra-teto (FAEC)⁷⁷, seja através de recursos concedidos pelo Ministério da Saúde para a compra de equipamentos⁷⁸, deve ampliar significativamente o número de CAPS por todo o Brasil. Sobre isso, vale lembrar que a PT 366 que transformou o CAPS em serviço é ainda recente, datando de fevereiro de 2002. Mas, deve-se ter claro que parte dos serviços cadastrados como CAPS – e que já existiam com outro tipo de cadastro –, bem como os novos serviços precisam ser avaliados, supervisionados e acompanhados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para que

⁷⁷ Vide PT GM nº 626, de 01 de abril de 2002 (BRASIL, 2004 a).

⁷⁸ Vide PT GM nº 1.455, de 31 de julho de 2003, que “**define a transferência fundo a fundo de um incentivo financeiro para a compra de equipamentos para esses serviços, abrangendo todos os CAPS cadastrados entre 2002 e 2003**” (BRASIL, 2004 a).

efetivamente atinjam o “espírito” daquilo que está sendo perseguido em termos de prática.

Como observou um dos Coordenadores, “avancamos na avaliação e acompanhamento dos hospitais, embora eu chame a atenção que ... nós não podemos descuidar da supervisão, acompanhamento e fortalecimento das iniciativas comunitárias tipo CAPS e demais serviços da atenção básica.. Se eu tivesse que centrar a atenção em algum foco em termos de políticas públicas, nesse momento, eu centraria nos emergentes serviços comunitários que podem se cronificar muito rapidamente”.

Para um dos Coordenadores, “a criação de novos serviços é mais lenta do que o necessário” e esta lentidão foi atribuída a dificuldades concretas, como “a lei de responsabilidade fiscal, a escassez de recursos humanos, a baixa governabilidade de muitos gestores municipais de saúde e muita pressão local de hospitais privados e filantrópicos”.

Os CAPS foram concebidos como projeto exclusivamente público de rede, difícil de ser sustentado mesmo no atual governo, segundo avaliação do Coordenador. Esta estratégia política foi adotada no governo anterior⁷⁹, “quando se conseguiu reduzir os CAPS filantrópicos e privados [mantendo] apenas aqueles que já funcionavam efetivamente como tal”. O mesmo Coordenador, que também defende a estratégia estatal deste dispositivo, entende que “outros dispositivos, como os ambulatorios e as enfermarias em hospital geral, poderão ser (e já são) filantrópicos ou mesmo privados completamente”.

O quadro abaixo mostra o número e a distribuição de CAPS no Brasil até a presente data.

⁷⁹ Quando Fernando Henrique Cardoso era presidente e José Serra ministro da saúde.

Quadro 5 – Centros de Atenção psicossocial cadastrados no país por região:

Regiões	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS ad	Total
Norte	9	11	1	2	5	27
Nordeste	40	52	2	4	13	111
Centro-Oeste	12	9	0	3	5	29
Sudeste	76	95	20	23	29	243
Sul	44	49	1	8	9	111
Total	181	216	24	40	61	522

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE / Secretaria de Atenção à Saúde / Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c)

Comparados os dados de CAPS da região sudeste ao número destes dispositivos no Estado de São Paulo, observa-se a seguinte proporção:

Quadro 6 – Comparação entre o total de CAPS da região sudeste e do Estado de São Paulo, por modalidades

	Região Sudeste	Estado São Paulo	%
CAPS I	76	30	39,5
CAPS II	95	42	44,2
CAPS III	20	14	70,0
CAPS i	23	12	52,2
CAPS ad	29	28	96,6
Total	243	126	51,9

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde / Coordenadoria de Planejamento / Área Técnica de Saúde Mental, setembro de 2004.

Pouco mais da metade do total de CAPS da região sudeste está no Estado de São Paulo (incluindo os CAPS i) e 96,6% dos CAPS ad estão neste Estado; já a porcentagem dos CAPS III é de 70%. Em números absolutos, são cifras

pequenas em termos de cobertura assistencial dos agravos a que se destinam, sobretudo se considerarmos que os serviços intermediários entre os CAPS e a atenção básica tendem a desaparecer. Argumentar que São Paulo é o maior Estado brasileiro, com maior concentração populacional e econômica não é suficiente para explicar esta porcentagem, a menos que se queira desprezar a adesão dos municípios paulistas ao modelo. Esta adesão pode ter mais de um motivo: ela surge tanto em decorrência do empenho dos articuladores regionais de saúde mental em defender, junto às Secretarias Municipais, a implantação desses serviços quanto da pressão criada pela redução de hospitais e de leitos, acompanhada da regionalização dos mesmos, e, ainda, pelo controle exercido pelas centrais de vaga e de regulação. Municípios que não tinham qualquer equipamento de saúde mental e que colocavam seu pacientes em ambulância para internar na cidade mais próxima, começaram a ter que rever esta prática e investir minimamente na criação deste tipo de assistência. Além disso, o financiamento de CAPS criado pelo Ministério da Saúde foi um fator fundamental para o aumento do número desses serviços.

Exclusivamente voltada à meta de substituição progressiva dos leitos psiquiátricos e qualificação da oferta existente, esteja ela ligada aos hospitais especializados, ou aos hospitais gerais com leitos ou enfermarias psiquiátricas, uma série de portarias publicadas a partir de 2000 farão avançar a reforma técnico-política neste plano da assistência, dando os parâmetros, as regras e os meios para a reversão.

Inaugurado pela PT GM nº 799, de 17/07/2000, foi instituído um Programa Permanente de Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental e,

para este fim, determinou-se a criação de Grupos Técnicos de Organização e Acompanhamento dessas ações nas três esferas de governo. Inspirados nos moldes do GAP, esses Grupos têm a função de realizar auditorias especiais nos serviços de saúde mental (hospitalares e ambulatoriais), bem como elaborar protocolos de regulação do sistema. A portaria prevê uma atividade de supervisão regular e sistemática (BRASIL, 2004), mas não se conseguiu identificar protocolos ou outros produtos produzidos por tais grupos.

Na verdade, a supervisão e avaliação sistemática será efetiva apenas na esfera das instituições hospitalares com a publicação da PT / GM 251, de 31/01/2002. Ao instituir a supervisão anual da rede hospitalar especializada de psiquiatria, assim como dos hospitais gerais com enfermarias ou leitos psiquiátricos, esta portaria estabelece critérios de classificação dos hospitais psiquiátricos da rede SUS, baseados nos indicadores de qualidade aferidos pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar – PNASH / Psiquiatria e nos requisitos qualitativos de avaliação fixados pela área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde (projeto terapêutico) e pelos critérios da ANVISA. Além de classificar os hospitais em oito classes, às quais corresponde um limite de número de leitos, estabelece que os hospitais de pequeno porte podem ter até 80 leitos e os de médio porte até 160, pretendo com isso engendrar uma nova configuração para estes estabelecimentos, substitutiva aos macro-hospitais. Como desdobramento deste ato normativo são excluídos os procedimentos do Grupo Internação Psiquiatria IV da tabela SIH-SUS e incluído os procedimentos

Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe I, Classe II, etc, remunerados diferentemente⁸⁰.

Entre maio e junho de 2002 todos os hospitais psiquiátricos integrantes da rede SUS foram avaliados, estabelecendo-se uma nova classificação com base no porte hospitalar e na pontuação obtida no PNASH / Psiquiatria. Concedido o prazo de adequação aos hospitais que atingiram pontuação abaixo de 61%, nova vistoria foi feita e, após o prazo de adequação foram adotadas medidas de descredenciamento àqueles que não atingiram a meta⁸¹.

Fixados novos critérios de classificação dos hospitais – lembrando que a regulamentação anterior datava de 1992⁸² –, o passo seguinte foi a criação do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, através da PT GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Visando aprofundar a estratégia de redução de leitos e ancorada no processo sistemático de avaliação feito pelo PNASH / Psiquiatria, o Programa em questão define que a unidade para computar o número de leitos dos hospitais é o módulo. Um módulo é igual a 40 leitos, de modo que os leitos passam a ser contados a partir de múltiplos de 40. A perspectiva é a de que os hospitais com mais de 160 leitos contratados / conveniados pelo SUS deverão reduzi-los progressivamente. Esta portaria classifica os hospitais em cinco grupos, aos quais correspondem 14 classes e, para cada uma delas os limites de leitos. A esta classificação segue os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos

⁸⁰ PT SAS nº 77, de 1 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004a).

⁸¹ PT SAS nº 150, de 18 de junho de 2003 (BRASIL, 2004 a).

⁸² Vide PT SAS nº 408, de 30 de dezembro de 1992, PT SAS nº 407, de 30 de junho de 1992 e PT SAS nº 88, de 21 de julho de 1993 (BRASIL, 2004 a).

expressos em módulos, bem como os valores de diárias referentes a cada classe⁸³ (BRASIL, 2004 a).

Destaque importantíssimo deve ser dado à decisão do Estado de São Paulo de não realizar a avaliação do PNASH / Psiquiatria em 2003-2004, ancorado na decisão da Comissão Intergestora Bipartite. Possivelmente porque o fato das diárias assumirem valores diferenciados para cada uma das oito classes definidas na PT 251 – e que variava de R\$ 30,30 a R\$ 26,28⁸⁴ –, gerou resistências por parte dos hospitais filantrópicos e privados.

Dos 57 hospitais psiquiátricos estaduais próprios e privados, incluídos os públicos e os privados, 7 ficaram na Classe II, após a avaliação; 7 na Classe III; 8 na Classe IV; 9 na Classe V; 3 na Classe VI; 12 na Classe VII e 11 na Classe VIII. Além de nenhum deles ter atingido classificação na Classe I (cujo valor de diária era mais alto), apenas 6 hospitais enquadravam-se na categoria pequeno porte (até 80 leitos) e 17 possuíam porte médio (até 160 leitos), dos 34 restantes, 8 tinham até 200 leitos e 26 acima desse limite (12 dos quais com mais de 400 leitos). Dos 9 hospitais psiquiátricos próprios estaduais, 5 tinham mais de 300 leitos: Hospital Clemente Ferreira (360), Hospital Santa Tereza (340), Santa Rita do Passa Quatro(450), Casa Branca (633) e Franco da Rocha (2.612)⁸⁵ (anexo 5).

Tudo indica que seja essa a razão da avaliação de um dos Coordenadores entrevistados sobre o Estado: **“São Paulo tem a maior rede privada e filantrópica de hospitais. É o centro da resistência à reforma ... a existência de vários macro-hospitais**

⁸³ Vide PT GM nº 53, de 20 de janeiro de 2004 (BRASIL, 2004 a).

⁸⁴ Até então o valor da diária era o mesmo para todos os hospitais psiquiátricos.

⁸⁵ O cadastro do SUS não estava atualizado, na verdade Franco da Rocha possuía 1.200 leitos.

(muitos de grande força política e com grande investimento em recursos financeiros e humanos, como os hospitais de Itapira) é um obstáculo muito importante. O contingente de 9000 moradores parece uma coisa insuperável, e sempre aparece como argumento forte contra a reforma. A imprensa é essencialmente conservadora quanto à reforma (não é quanto à questão de álcool e drogas). O governo estadual e a bipartite sofrem uma influência muito grande, evidentemente, dos grandes hospitais. Não é uma influência ilegítima, ela é ancorada nos fatos concretos das dificuldades de superar um enorme edifício asilar de 18.000 leitos (já foram 30.000 há apenas década e meia!)”. Embora o mesmo Coordenador ressalte que “mas é também o Estado onde experiências municipais muito sólidas – principal exemplo nos últimos quatro anos é Campinas – sustentam o projeto da reforma psiquiátrica”.

Além do PNASH / Psiquiatria que subsidia a redução progressiva dos leitos e qualificação da assistência hospitalar, outros dois componentes são de fundamental importância para desinstitucionalizar os moradores dessas instituições: o programa De Volta para Casa e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Na avaliação do Coordenador Nacional, a “criação dos Serviços Residenciais terapêuticos esbarra em dificuldades conceituais e muita resistência no plano local ... a desinstitucionalização dos “moradores” é um desafio que tem nos infligido sérias derrotas, vide a baixa eficácia, até o momento, do programa De Volta para Casa. Mas estamos redesenhando a estratégia para os moradores, é preciso fazer uma revolução conceitual e tática nesta área ... especialmente em São Paulo”.

Gera inquietações o fato de que alguns desses serviços mantêm a mesma base de relações que havia no hospital entre a equipe que acompanha e os moradores dos SRT. O respeito à privacidade e o estímulo à autonomia por vezes não é apreendido pelas equipes e as residências se tornam espaços contíguos ao hospital, a despeito de serem fisicamente exteriores ao hospital e instaladas em bairros da comunidade. Além disso, a implantação dessas residências é atravessada por questões burocráticas e depende do empenho e força política das regionais de saúde, particularmente as que possuem hospitais com alta concentração de moradores, em priorizar este projeto. Há resistências de serviços extra-hospitalares em assessorar e acompanhar os moradores, mas, sobretudo, no Estado de São Paulo, o destino desta política recai fundamentalmente sobre os municípios, e sobre as direções dos hospitais psiquiátricos próprios estaduais, dado o desinvestimento no papel de coordenação e articulação estadual da política de saúde mental.

Outro aspecto ligado à política de saúde mental e que figura nas diretrizes de 2004, é a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Espera-se que esta inclusão se dê através das equipes do Programa de Saúde da Família e que seja constituída uma equipe de saúde mental para dar apoio matricial para um conjunto de nove equipes de PSF, além da participação dos CAPS, onde houver. (BRASIL, 2004c). Essas ações devem abarcar intervenções nos casos de álcool e drogas, a assistência aos casos de epilepsia e a detecção de casos graves (BRASIL, 2004b). Há uma proposta de um incentivo / mês para a constituição desta equipe de saúde mental nos municípios habilitados. Para o Coordenador

nacional, “aqui se dará o grande salto ... [embora existam] grandes dificuldades, porque a tradição é de uma rede básica ‘preventivista’”.

Neste sentido, capacitar as equipes de saúde mental implica em fornecer bases conceituais menos retóricas e mais consistentes para que os processos de formação ocorram efetivamente. O repúdio à compartimentalização dos saberes especializados e o apelo à interdisciplinaridade, tanto quanto a crítica ao engessamento produzido pelas categorias profissionais a favor da transformação dos técnicos em atores sociais, funciona no plano do “desarmamento” de certezas tidas como científicas e de abertura para a complexidade do saber-fazer prático-teórico em saúde. Mas há uma dimensão da formação bastante específica e técnica que não se pode perder de vista. Para capacitar os médicos generalistas no manejo de psicofármacos e as equipes de PSF / ACS na identificação de casos graves de modo a desenvolverem ações terapêuticas breves, demanda um programa de capacitação com um conteúdo formal minimamente estabelecido. Poucas equipes de CAPS estão capacitadas a capacitar, pois muitas delas são inexperientes no campo e a implantação de equipes de apoio matricial requer algumas atribuições mais definidas para que elas planejem suas ações.

Mas, apesar disso, a política de formação de recursos humanos é tida como um eixo central da estratégia de reforma psiquiátrica, e facilitada pela criação de uma secretaria nacional de recursos humanos do SUS (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde), conforme depoimento de um dos Coordenadores. Segundo ele, esta política “deve estar submetida à construção de protagonismos locais e a articulação com a Universidade deve ser buscada

'interessadamente', isto é, nós gestores elegemos as parcerias locais, combinando os critérios de excelência acadêmica com aliança ao projeto da reforma".

O que se nota no Estado de São Paulo é a participação cada vez menor da Coordenação estadual de saúde mental na formulação de uma política de formação e capacitação de recursos humanos e na articulação com as universidades para viabilização de programas de capacitação. Mas isto será discutido na seção que se segue.

Neste terceiro período, o contexto político que se inicia como pouco favorável à saúde mental, como disse um dos Coordenadores, parece mudar. Na apreciação de outro Coordenador, a saúde mental se tornou prioridade no atual governo, pois o anterior **"foi ambíguo até a aprovação da lei da reforma (lei 10.216)".**

3. 2 Cenários da política de saúde mental do Estado de São Paulo

No estado de São Paulo as mudanças se desenrolam em dois planos: um é o da relação da Secretaria de Estado da Saúde com os municípios e outro é o da relação da SES-SP com os serviços próprios de saúde mental.

Até meados de 1995 o papel e as ações da SES-SP são de grande relevância no redirecionamento do modelo: as supervisões dos hospitais, a regionalização dos leitos, a criação de lares abrigados e a mobilização e envolvimento dos municípios neste processo são as marcas da política de saúde mental. Mas, a medida que o processo de municipalização avança a política de saúde mental estadual se retrai, focalizando a sua ação nas reformas dos hospitais psiquiátricos próprios e na execução de portarias.

A constituição de um Colegiado Estadual de Saúde Mental foi apontada por dois Coordenadores estaduais como uma estratégia organizativa fundamental para a construção da política de saúde mental. Desde a criação dos Escritórios Regionais de Saúde – ERSAs, em 1987, quando se inicia um processo de desconcentração da condução das políticas de saúde, as cinco Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS⁸⁶ criaram a figura do articulador de saúde mental, que deveria levar e negociar a política com os ERSAs que compunham a sua regional.

⁸⁶ Segundo informação de Maria Antonia Brandão Cipolla, havia cinco CRS às quais estavam ligados 65 ERSAs. O Centro de Apoio ao desenvolvimento da Assistência Integral à Saúde – CADAIS, era o órgão técnico da SES-SP que agregava as áreas técnicas em Grupos Especiais de Programas – GEPROS. As cinco áreas programáticas eram: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adulto, incluindo Saúde do Trabalhador, Saúde Bucal e Saúde Mental. O CADAIS assessorava os ERSAs através de instrumentos gerenciais, entre eles a elaboração dos Planos Diretores.

Segundo um dos Coordenadores, esse papel era o de “articular os recursos existentes naquela região para que a rede de atenção tivesse êxito” e também o de estimular a formação dos colegiados municipais. As reuniões eram mensais e regulares e “antes de qualquer reunião de Brasília, cada coordenador regional reunia o seu colegiado e levantava as demandas e os temas. Quando cabia na pauta de Brasília, essas demandas eram apresentadas ou discutidas fora da pauta oficial. Na volta nós refazíamos esse caminho ...”.

A relação da coordenação estadual com o Ministério da Saúde também se deu através do Colegiado Nacional de Saúde Mental, como já foi dito, mas, conforme relembra um Coordenador estadual, “a nossa idéia do colegiado regional, não era uma idéia que tivesse a ver com o que aconteceu em Brasília. Os colegiados regionais de saúde mental começaram a se constituir na época do Nilson [1987], na região metropolitana e na CRS-4. Essa era uma prática proposta não só para a mental. O CADAIS propôs que se trabalhasse com colegiados regionais nas cinco áreas programáticas: cada ERSa deveria ter um articulador de saúde da mulher, bucal, mental, adulto, do trabalhador e criança. Eu tinha clareza, quando entrei, que precisávamos consolidar os colegiados regionais e estimular que cada coordenador regional organizasse o seu colegiado de articuladores municipais”.

O Coordenador que assumiu a área de saúde mental neste período avalia que “não era um momento promissor, eu não acreditava que pudesse fazer muita coisa, por isso elegemos duas diretrizes [políticas]. Uma, que naquele momento era utópica e que se provou utópica naquela gestão, mas que representava a nossa intenção e o nosso desejo de plantar a idéia: transformação dos hospitais próprios em serviços com inserção na

comunidade, e a outra, que era uma coisa que dava para fazer e que a gente já fazia no CADAIS: a descentralização e a organização dos colegiados”.

A estas duas diretrizes agregam-se outras duas conforme aparece no Relatório de Atividades – quadriênio 91 – 94 do Grupo de Atenção à Saúde Mental da SES-SP:

- Promover a transformação dos hospitais psiquiátricos públicos próprios em serviços abertos e espaços psicossociais de uso comunitário;
- Estimular a ampliação, qualificação e organização da rede de atenção básica, segundo os princípios de intersetorialidade e territorialidade, em sistemas locais de saúde (através do trabalho dos colegiados regionais com os municípios; da interface com outros setores governamentais – educação, judiciário, etc –; e da participação dos recursos comunitários na concepção de rede de cuidados, extrapolando os serviços assistenciais de saúde);
- Promover uma política de qualificação de recursos humanos propiciadora de uma cultura desinstitucionalizadora e condizente com as novas práticas assistenciais;
- Promover a descentralização do gerenciamento de políticas de saúde mental para ERSAS e municípios (como por exemplo, municipalizar as centrais de vagas, os equipamentos da rede de saúde mental, a gestão dos contratos e convênios de hospitais psiquiátricos, etc) (SÃO Paulo, 1994).

Já as diretrizes de 1995 a 2000, embora não apareçam expressas em documento oficial, foram referidas em uma das entrevistas como sendo a redução de leitos, a ampliação de serviços extra-hospitalares e o controle e regulação do sistema através das centrais de regulação. A transformação de asilos em unidades de reabilitação, o programa de medicamentos – Dose Certa de Saúde Mental – e o programa de benefícios continuados – LOAS – foram diretamente associados à viabilidade dos tratamentos no extra-hospitalar e ao enxugamento hospitalar.

Embora a redução de leitos não apareça expressa nas diretrizes de 1991-1994, isto foi explicado por um Coordenador da forma que se segue:

“Veja bem, reduzir o número de leitos psiquiátricos no Estado de São Paulo não foi expresso em uma diretriz nossa porque isso já estava incorporado na política, [tanto que], nos primeiros quatro meses de trabalho [na coordenação da saúde mental] (abril a julho/agosto de 1991), o que nós fizemos foi a contagem de leitos, [pois] precisávamos saber quantos pacientes estavam internados de fato. Por isso, em alguns hospitais que distorciam os dados, nós deitamos os pacientes na cama e contamos de um a um. Foi um levantamento meticoloso, mas não está expresso no Plano de Atenção ... Não aceitávamos qualquer resultado, não queríamos os dados do CIS, queríamos dados da realidade. Embora esse papel dos articuladores não estivesse homogeneamente organizado, nós resolvemos que, mesmo assim, o trabalho seria feito pelos articuladores, em todos os ERSAs, e com os cinco colegiados regionais de saúde mental”.

Agregaram-se a esta contagem de leitos as ações de supervisão nos hospitais próprios, contratados e conveniados, sistematizadas em um manual

elaborado em 1989 e revisado em 1992⁸⁷, antecipando-se, assim, às ações do GAP federal.

Como conta um dos Coordenadores, “o primeiro modelo [de manual] usado nas supervisões do Ministério da Saúde foi o do Estado de São Paulo. Depois o Ministério elaborou seu próprio modelo que acabou dando no PNASH. Portanto, o nosso manual foi um dos embriões do PNASH”.

A idéia de que a transformação dos hospitais próprios era utópica foi atribuída à falta de poder político-administrativo para interferir na mudança dos diretores de hospitais. O Coordenador estadual entrevistado relata que a estratégia usada para, assim mesmo, tentar as mudanças foi começar a fazer encontro com eles:

“Deliberadamente começamos a fazer com que cada um saísse do seu isolamento, onde se fazia o que se queria. Certa vez, em Santa Rita do Passa Quatro, questionando o trabalho que se esperava que eles fizessem, um médico me disse: mas eu ganho muito pouco, sabe quanto é o salário de um médico? Eu respondi: eu sei, mas você não está contando o salário indireto que recebem. Qual é o salário indireto? Quanto custa o aluguel da casa que você mora e que é dentro do hospital? E a água, e a luz, e o telefone, e a horta e o churrasco trimestral com o gado daqui de dentro? Quem banca? Para quanto vai o salário? O que a gente queria era que, utopicamente, todos os hospitais psiquiátricos públicos prestassem serviço com *status* psicossocial e comunitário, isto é, que os internos tivessem alta e que a população entrasse. Santa Rita avançou bastante nisso ... os hospitais que eram menores continuaram sendo ‘mais hospital’ mesmo. O Santa Tereza já tinha as pensões

⁸⁷ Manual de procedimentos em supervisão / Hospital psiquiátrico, elaborado pela Equipe de Saúde Mental – Unidade de Avaliação e Controle – UAC – SES-SP. A revisão foi feita pelo Grupo de Atenção à Saúde Mental – CADAIS – SES-SP, em 1992 (SÃO PAULO, 1992).

protegidas (precursoras das Residências Terapêuticas), que não foram da nossa época, nos precederam. Precederam, inclusive, o ano de 83, o governo Montoro⁸⁸”.

A estes encontros somaram-se as supervisões realizadas em todos os hospitais psiquiátricos próprios no decorrer desses quatro anos e que continuaram, de forma mais focalizada⁸⁹, ao longo do período pesquisado. Além disso, alguns deles, como o Clemente Ferreira de Lins, e o Pinel de São Paulo, receberam supervisões sistemáticas e continuadas e outros também foram assessorados pela FUNDADP no processo de reestruturação: o Cantídio de Botucatu, o Vila Mariana e o Pinel de São Paulo. As duas últimas assessorias não foram concluídas. O Vila Mariana passou para a Santa Casa (na gestão da SES-PS de 1995) e o Pinel, embora tenha iniciado por volta de 1994 a implantação de Lares Abrigados, hospital-dia e oficinas terapêuticas, não conseguiu formalizar as transformações, pois isso demandaria uma reforma administrativa. Houve um retrocesso, mas o processo foi retomado e, em 2001, criou-se uma nova estrutura para o hospital, refletindo as mudanças assistenciais mais recentes.

Foi a partir de 1991 que se iniciou, de forma pronunciada, uma ação de supervisão dos hospitais psiquiátricos. Esta ação, resultante de uma política nacional de reclassificação desses estabelecimentos⁹⁰ e de qualificação da assistência⁹¹, levou a uma redução de quase 9.000 leitos, 26,3% do total existente em 1991 e 36,0% do total existente em 1980. Vale ressaltar que, em alguns casos,

⁸⁸ Vale lembrar que o Juqueri também implantou Lares Abrigados em 1984.

⁸⁹ A Coordenadoria de Saúde do Interior (através de seu Coordenador de Saúde Mental e juntamente com os articuladores regionais) acompanhou sistematicamente as mudanças de alguns hospitais próprios, como Casa Branca. O mesmo não ocorreu na Região Metropolitana da Grande São Paulo, motivo de queixa de parte dos diretores de hospitais pertencentes à DIR I e DIR IV.

⁹⁰ PT SAS/MS nº 189, de 19 de novembro de 1991

⁹¹ PT SAS/MS nº 224, 29 de janeiro de 1992

o fechamento de hospitais psiquiátricos foi espontâneo e se deu por razões de ordem financeira: contratar profissionais, segundo as exigências de composição de equipe técnica estabelecidas pela portaria 224, relativamente ao número de leitos e ao projeto terapêutico, passou a onerá-los mais, diminuindo as chances de lucros nesse campo de negócio.

A ação de avaliação, supervisão e acompanhamento desses estabelecimentos começou a ser feita no Estado de São Paulo sob o comando do Grupo de Atenção à Saúde Mental (GASM), que montou um grupo composto por técnicos da rede e articuladores de saúde mental de DIRs e de municípios, por Associações de Familiares e por Conselhos de Classe. Essas supervisões usavam um roteiro para nortear o processo de vistoria no hospital, que foi elaborado na época e serviu de modelo para o Ministério da Saúde confeccionar um roteiro padrão para o Brasil todo, como foi mencionado no trecho de entrevista há pouco citado. A ação estadual de supervisão ganhou força com a criação do Grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP) ministerial que, comendo com os GAPs estaduais, supervisionou os hospitais psiquiátricos de todo o país. As supervisões eram desencadeadas a partir de sorteios dos estabelecimentos ou motivadas por denúncias feitas contra eles. O GAP ministerial foi progressivamente desativado a partir de 1996 (BRASIL, 2004a).

Diferentemente da auditoria do INAMPS, que se centrava principalmente nas contas dos hospitais e nos prontuários dos pacientes (embora também houvesse alguns parâmetros, como metragem de enfermaria por leitos, número de profissionais por grupos de paciente, etc), esta supervisão incluía a avaliação completa da vigilância sanitária e do projeto terapêutico do hospital.

Entre 1995 e 2003, isto é, em oito anos, foram fechados 20 hospitais e descadastrados mais 8.108 leitos (34,3%). O gráfico abaixo mostra o número de hospitais psiquiátricos por prestador, o número de Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral e de Emergências Psiquiátricas em Hospitais Gerais ou Pronto-Socorros (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição dos Serviços

Fonte: SÃO PAULO, 2002.

Como mostra o gráfico, o número de hospitais privados fechados (16) foi 25% superior ao fechamento de filantrópicos (4), demonstrando maior capacidade desses últimos estabelecimentos em responder às exigências colocadas pela reforma psiquiátrica⁹².

Naturalmente, os hospitais próprios estaduais, dada a necessidade e dificuldade em transformá-los, sempre foram objeto de tensões e parecem ter sido o pesadelo da área de saúde mental até recentemente. Considerados por um coordenador estadual como “mastodontes” e “instituições anacrônicas” pela “enormidade dos problemas que apresentavam”, dos nove hospitais próprios, alguns

⁹² Foram fechados mais 3 hospitais psiquiátricos entre 2002 e 2004, mas não foi possível saber se eram privados lucrativos ou filantrópicos.

eram um “terror” e “quase intocáveis”. Casa Branca, Lins e Santa Rita do Passa Quatro foram enquadrados na lista dos “quase intocáveis” na época. Exceção foi feita ao Juqueri, que, por ter sido alvo de denúncias públicas no início dos anos 80 e ter recebido visita de parlamentares por esta razão, passou por algumas reformas na época do governo Montoro. Mas, embora tivessem um projeto de Lares Abrigados, constituídos em 1984, “esses núcleos de trabalho que possuíam alguma vitalidade ficavam obscurecidos pela enormidade do hospital”, observou um Coordenador.

Um trecho de conversa de uma das entrevistas se presta para ilustrar a situação de inchamento e de maus tratos dessas instituições:

“O René Gonzáles, da OMS, quando voltou ao Brasil, quis rever o Juqueri que ele conheceu com 16.000 pessoas internadas. E ele dizia: os corpos de uns eram travesseiros para os outros”.

Lembrando que a super lotação do Juqueri datava dos anos 70, quando houve a grande expansão da rede privada contratada, um dos entrevistados refere que “segundo disseram, as pessoas vinham e escolhiam os pacientes para levar para os novos hospitais que estavam inaugurando. Então, com o que sobrou, [ou seja], os piores casos, constituíram Casa Branca (que era hospital de hanseníase), Santa Rita do Passa Quatro (que era hospital de tuberculose) e Lins (que também era hospital de tuberculose). Já Botucatu, Pinel, Água Funda, Vila Mariana, Juqueri e Santa Tereza tiveram origem psiquiátrica”.

Na verdade, esta política atendeu a dois propósitos: um que foi o de diminuir a superlotação do Juqueri e outro, o de favorecer o crescente e próspero mercado privado no setor. Como já foi apontado, os 14.393 leitos do Juqueri em

1966 sofreram redução até 1982, em função da “política hospitalar” da Secretaria de Estado da Saúde de redistribuir os pacientes através da contratação de leitos privados⁹³.

Em um anexo do Relatório de atividades – quadriênio 91 – 94, onde está transcrita a conclusão de supervisão feita em um hospital próprio não identificado, pode-se ler: “... o que está transcrito aqui pode ser generalizado para a maior parte deles [hospitais próprios] no que diz respeito à clientela / funcionários. Vale para todos no que se refere à constatação dos grupos de supervisão, que têm conseguido com seu trabalho melhorar a qualidade da assistência nos hospitais conveniados e não têm obtido os mesmos resultados nos hospitais psiquiátricos próprios” (SÃO Paulo, 1994)

Numa das entrevistas, ao discutir as diferenças dos efeitos das supervisões entre os hospitais próprios e privados, um Coordenador observa: “E por que nós conseguimos esse resultado com a maior parte dos conveniados? Porque eles queriam se adequar à PT 224, porque eles não queriam ser desativados ou descredenciados. Dezesete hospitais conveniados foram fechados, no quadriênio 91-94”.

A despeito do empenho do Grupo de Atenção à Saúde Mental em transformar e qualificar os hospitais próprios, fato é que, quando as propostas técnicas esbarravam em deliberações que demandavam apoio político do Secretário e de seus assessores diretos, isto é, exigiam determinação política, as

⁹³ A distribuição de pacientes do Juqueri ocorreu mais de uma vez desde a sua criação. A última delas data do início dos anos 80, mas a ênfase dessa redistribuição foi diminuir o número de pacientes, numa perspectiva humanizadora.

coisas se desvaneciam. E isto pode ser aplicado a todas as áreas técnicas e às diversas gestões da SES-SP no período deste estudo.

Fundamentalmente as coisas sempre andaram em função do desejo e da maior ou menor criatividade dos diretores de serviços, fossem eles hospitalares ou ambulatoriais, ou quando se queria implantar algum projeto de visibilidade política.

Como disse um Coordenador, referindo-se à meta de transformar os hospitais próprios: “no âmbito do Estado, essas condições subjetivas não estavam dadas. Nós tínhamos clareza de que naqueles quatro anos só poderíamos fazer uma preparação, plantar uma semente. A Coordenação de Saúde Mental do Estado de São Paulo não tinha nem o poder político, nem o poder econômico que tinha a Coordenadoria de Saúde Mental. Era uma área técnica, como é até hoje”.

De todo modo, essa preparação de terreno terá repercussões substantivas a partir da segunda metade dos anos 90. Este parece ter sido um período de latência das supervisões, mas produtivo no plano dos hospitais próprios, que lentamente foram reduzindo leitos, criando projetos técnicos diferenciados para agudos, para crônicos, para dependência química, etc, bem como transformando áreas físicas em espaços de esporte e lazer abertos à comunidade: cine-teatros, quadras esportivas, igrejas, etc.

Numa publicação da SES-SP, está escrito que “os hospitais psiquiátricos públicos estão deixando de ser hospitais psiquiátricos tradicionais, mudando sua estrutura organizacional e transformando-se em Centros de Atenção Integral à Saúde – CAIS” (SÃO PAULO, 2002). Ou, como disse um Coordenador, “eles estão se tornando ‘menos’ asilos e ‘mais’ hospitais mesmo”.

São exemplos dessas transformações: o CAIS Santa Tereza, de Ribeirão Preto; o CAIS Santa Rita, em Santa Rita do Passa Quatro; o CAIS Clemente Ferreira, em Lins; o Hospital Cantídio de Moura Campos, de Botucatu e o Centro de Reabilitação de Casa Branca, em Casa Branca. A seguir, será feita uma breve descrição das características assistências de oito dos nove hospitais psiquiátricos próprios, pois um deles, o antigo Vila Mariana, hoje Centro de Atenção Integral de Saúde Mental – CAISM, como já foi dito, é gerenciado pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

O CAIS Santa Tereza de Ribeirão Preto criou, há 12 anos, em parceria com ONGs, as primeiras Pensões Protegidas na comunidade, onde moram 45 pessoas que foram desinstitucionalizadas. Além disso, redimensionou o número de leitos (1.500 na década de 70), mantendo 60 leitos para pacientes agudos e 20 para desintoxicação de dependentes químicos. Retaguarda para uma população de quase 1.200.000 habitantes, trabalha em sintonia com a emergência psiquiátrica do Hospital Geral Universitário da USP – Ribeirão Preto (SÃO Paulo, 2002).

O CAIS Santa Rita, que possui 82 alqueires, foi o primeiro dos hospitais a mudar sua estrutura organizacional. Em parceria com a Secretaria de Estado da Cultura, transformou um dos pavilhões desativados em Museu da Tuberculose e da Psiquiatria e reformou várias casas que existiam no extremo do terreno do hospital, convertendo-as em 14 Lares Abrigados para 74 pessoas que já foram internas. Nesta área, que está virando um bairro da cidade, foi construído um cinema e há uma igreja, ambos freqüentados pela comunidade. Além disso, implantou um CAPS intermunicipal que é referencia para três municípios, possui

um Núcleo de Oficinas Terapêuticas e de Trabalho e está construindo um parque comunitário (SÃO PAULO, 2002).

O CAIS Clemente Ferreira, de Lins, possui 350 leitos, dos quais 110 são para cuidados prolongados em neurologia – 70 para crianças e adolescentes com deficiência mental severa e profunda (órfãos ou sem apoio familiar) e 40 para adultos. Além dos programas de reabilitação para pacientes neurológicos, feitos em convênio com a Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e Faculdade de Serviço Social da região, a UNESP de Botucatu é referência para cirurgias de implante de válvulas. Criaram um projeto de Alfabetização de adultos e crianças e alguns moradores do hospital que passaram por este projeto freqüentam o curso supletivo da cidade; outros, um curso de informática. O CAIS Clemente Ferreira implantou um hospital-dia que é referencia para quatro municípios, além de Lins (SÃO Paulo, 2002).

O Hospital Cantídio de Moura Campos, em Botucatu, possui 180 leitos, parte dos quais é para pacientes agudos. O hospital implantou um CAPS na cidade (com membros de sua própria equipe) e possui um projeto de Lares Abrigados e Oficinas Terapêuticas que abarca 115 pacientes de longa permanência (SÃO Paulo, 2002).

O Centro de Reabilitação de Casa Branca tem hoje 400 leitos, mas já teve 800. O início da reestruturação do hospital data de 1999, quando fecharam os 80 leitos que destinavam aos pacientes agudos, para avaliar os 720 pacientes restantes e os programas existentes e reformular o projeto terapêutico da instituição. No processo de reestruturação, implantou 37 Residências Terapêuticas, que abrigam 168 pessoas e, dentre os vários projetos que

desenvolvem, um deles é de criação de carneiros para produção de carne e beneficiamento de lã. O Projeto de Ovinocultura é desenvolvido em parceria com a Faculdade de Medicina Veterinária – FEOB de São João da Boa Vista e envolve vários “moradores”. O Centro transformou em “museu” um salão repleto de chuveiros e mangueiras, destinado aos banhos coletivos a que eram submetidos os pacientes. Chamaram este espaço de “Balneário” (SÃO Paulo, 2002).

A reforma do Juqueri, iniciada também na segunda metade dos anos 90, definiu sete eixos a partir dos quais foram restabelecidos os programas terapêuticos e os tipos de serviços para executarem esses programas, além de outras medidas ligadas ao diagnóstico situacional da ocupação da Fazenda Juqueri.

Os eixos que orientaram essa foram os seguintes:

- Diagnóstico da clientela (internos - moradores), com conseqüente definição de programas de atenção, reorganização dos serviços e definição do projeto terapêutico;
- Processo de remanejamento interno da clientela por critérios definidos nos programas com restituição seletiva, transferência ou alta;
- Normas de avaliação e controle de admissões;
- Reorganização funcional, técnico-administrativa com recomposição das equipes de trabalho;
- Reestruturação físico-funcional com elaboração do plano de obras e reformas;
- Programas de desenvolvimento, aprimoramento e supervisão institucional;
- Reestruturação organizacional com redefinição do modelo gerencial (SÃO Paulo, 1998b).

Feito o diagnóstico clínico psicossocial dos internos, obteve-se os seguintes resultados:

1. 9% estavam em condições de alta ou encaminhamento para tratamento ambulatorial;
2. 21% eram compostos de idosos sem doença mental primária;
3. 13% representavam pessoas incapacitadas físicas e/ou mentalmente, passíveis de reabilitação e de cuidados permanentes (acamados);
4. 21% eram moradores com poder de autonomia suficiente para inclusão em programas de reinserção psicossocial;
5. 36% eram portadores de distúrbios mentais crônicos e/ou cronificados, necessitando de programas intensivos de tratamento e reabilitação psicossocial (SÃO PAULO, 1998b).

A partir desses diagnósticos criaram-se cinco Programas: Psiquiatria I, para portadores de distúrbios mentais agudos; Psiquiatria II, para portadores de distúrbios mentais crônicos ou cronificados; Reabilitação física, para portadores de incapacitações físicas, sem distúrbio mental acentuado; Cuidados permanentes, para portadores de incapacitações físicas e/ou mentais acentuadas (acamados); Reabilitação psicossocial, para moradores com médio e alto grau de autonomia, com ou sem referência social, passíveis de reinserção social intra ou extra institucional (SÃO PAULO, 1998b).

Para que estes Programas fossem instalados, houve uma reorganização dos Serviços, que passaram a ter a seguinte configuração:

- Clínica Psiquiátrica I
- Clínica Psiquiátrica II
- Clínica de Reabilitação Física
- Unidade de Cuidados Permanentes

- Centro de Convivência da Terceira Idade
- Pensões Protegidas
- Lares Abrigados
- Hospital-Dia
- Ambulatório de Saúde Mental
- CAPS Adulto e Infantil
- Serviço de Emergência (SÃO Paulo, 1998b).

Todo este processo exigiu a abertura de prontuários para os pacientes, pois muitos os não tinham; a necessidade de se providenciar documentos, pois o nome e a origem de muitos era desconhecida; a desativação de alguns prédios e a transformação do uso de outros; a redefinição de equipes de trabalho; a realocação de pacientes e funcionários; a redefinição de rotinas, etc. Além disso, dada a situação de ocupação da fazenda e em função “da proposta básica para o uso do solo e ocupação regular das áreas” (que foram sendo invadidas ao longo dos anos), diversas Secretarias participaram do Plano Diretor. Enumerá-las ajuda a dimensionar a extensão, a complexidade e enormidade dos problemas do Juqueri: Secretaria da Segurança Pública (Corpo de Bombeiros e 26º Batalhão da Polícia Militar), Secretaria da Administração Penitenciária Estadual e Manicômio Judiciário), Secretaria da Assistência e Desenvolvimento Social (FEBEM), Secretaria do Meio Ambiente (Parque Estadual do Juquery, Secretaria da Educação (Escolas Públicas Estaduais), Secretaria da Habitação – CDHU (Projeto Habitacional de Caieiras e Lixão de Franco da Rocha), Secretaria da Saúde (Área cedida para o Instituto Adolfo Lutz, Hospital de

Clínicas de Franco da Rocha (DSP), DIR IV, Departamento Psiquiátrico II e Prefeitura Municipal de Franco da Rocha (parque industrial, região central do município e grande área de invasão: Bairro da Pretória) (SÃO Paulo, 1998b).

Por último, cabe referir as características assistências de dois hospitais próprios de menor porte, ambos no município de São Paulo. Um é o Hospital Psiquiátrico Pinel, com 126 leitos, que possui uma enfermaria masculina de 80 leitos para pacientes agudos e uma enfermaria para adolescentes. Além disso, tem um hospital-dia infantil e sete Moradias Assistidas para pacientes internados de longa data e sem vínculos familiares. O outro é o Hospital da Água Funda⁹⁴, com 130 leitos, que estruturou os seus programas em quatro Gerências de Atenção à Saúde – GAS: GAS I, enfermaria de agudos; GAS II, enfermaria de desintoxicação de álcool e outras drogas; GAS III, 8 Moradias Assistidas para 33 ex-internos e GAS IV, hospital-dia de adultos.

De todos esses hospitais, três deles passaram por reformas que mudaram acentuadamente as suas características asilares na segunda metade dos anos 90: Casa Branca (990 leitos), Santa Rita (500 leitos) e o Juqueri, que em 1995 contava com 1.800 leitos. Como foi observado em uma entrevista, **“três mil e duzentos leitos já é um parque hospitalar superior [ao parque] da grande maioria dos estados brasileiros. Se a minha memória não me trai o Estado de Minas oscilava entre 4.000 ou 6.000 leitos”**.

Sobre as características dessas reformas, um Coordenador julgou que, **“por falta de dinheiro, as mudanças acabaram sendo feitas com modéstia. Muitas práticas foram**

⁹⁴ A estrutura atual do Hospital Psiquiátrico de Água Funda foi aprovada por decreto do governador, em 01 de agosto de 2003.

transformadas sem serem acompanhadas de mudanças físicas e estruturais de prédio. Muitas queixas ainda são feitas, e denunciadas, porque se observa que, na maior parte das vezes, as reformas implementadas nesses hospitais não obedecem aos parâmetros da própria vigilância sanitária ... A população existe, o prédio existe, mas as mudanças foram focalizadas nos recursos humanos e na sua qualificação, em detrimento das reformas físicas, embora essa ou aquela maquiagem tenha acontecido ...”.

Comentando sobre a planta física da maior parte dos hospitais e sobre as dificuldades de organizar programas voltados às necessidades de saúde dos pacientes moradores, o mesmo Coordenador observa que “esses edifícios não foram adequados para as práticas de reabilitação diferenciadas ... [pois] ... não dá para dizer que uma população de milhares de asilados seja constituída de indivíduos com as mesmas necessidades, isso seria um embuste. A reabilitação psicossocial não é uma panacéia: tem gente com dificuldade de alimentação, outros de relacionamento interpessoal, outros de auto-higienização ou auto-cuidados, etc. Não era possível fazer abruptamente todas as transformações, muitas pediriam até migrações se você fosse, por exemplo, especializar serviços. Isto bateria de frente com o respeito à cidadania e aos direitos daquela pessoa internada, pois mesmo tendo um programa que seria melhor para ela em outro local, havia que se considerar os vínculos históricos com a instituição: ela já estava lá há dez, vinte anos”.

Como foi demonstrado na caracterização do Estado, houve uma redução de 60,4% dos leitos psiquiátricos entre 1980 e 2003, e 48% dos hospitais foram fechados ou descredenciados do SUS. Dos 15.511 leitos psiquiátricos existentes em 2003, somente 58% (6.511 leitos) estão disponíveis para novas internações, pois aproximadamente 9.000 leitos estão ocupados por moradores e serão

descadastrados à medida que esses pacientes tiverem alta e retornarem às suas famílias, ou passarem a viver em Serviços Residenciais Terapêuticos⁹⁵.

Esta redução, que será promovida por conta da desinstitucionalização progressiva dos pacientes⁹⁶, deverá ser maior se as regras de redução de porte hospitalar forem adotadas pelo Estado de São Paulo. Como foi dito anteriormente, a Bipartite não aceitou as regras do Programa Nacional de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, que prevê uma redução progressiva dos leitos de hospitais com mais de 160⁹⁷, ao não aprovar a realização da avaliação do PNASH / Psiquiatria em 2003-2004 (vide pontuação recebida pelos hospitais no PNAHS / Psiquiatria 2002 no Anexo6).

Comentando sobre o fechamento de leitos e a ação do PNASH, disse um Coordenador: “Mesmo em psiquiatria, justiça façamos, a redução de leitos psiquiátricos tem sido motivada mais pela própria decisão do prestador ... do que por uma ação nossa eficaz de “fecha porque ele está ruim”. Nesse momento, é óbvio que a ação do PNASH é muito boa na normatização do que não deve ser tolerado em termos de hospitalização psiquiátrica. Mas temos que admitir que a redução da maioria dos leitos psiquiátricos tem ocorrido mais por um movimento próprio dos prestadores, não tanto por termos decidido que as coisas caminhassem desse modo”.

⁹⁵ Havia um levantamento de 50% dos moradores de hospitais psiquiátricos que estava sendo digitado na época e do qual constavam os seguintes dados: quem são; onde estão; se eles têm família localizada; se recebem LOAS; se têm perfil para residência terapêutica; quantos são os grabatários e vão morrer no leito, pois não têm chance de sair do hospital, etc. Comunicação pessoal.

⁹⁶ A esse respeito, vale lembrar que tanto os hospitais próprios quanto os privados e filantrópicos possuem moradores, o que de todo modo leva a estratégias diferentes para desinstitucionalizá-los.

⁹⁷ PT GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004 (BRASIL, 2004 a)

A despeito destas regras valerem para os hospitais psiquiátricos contratados / conveniados com O SUS, naturalmente os hospitais próprios devem não só segui-las como se antecipar a elas.

Segue-se o número de leitos dos hospitais próprios e a pontuação obtida no PNASH / Psiquiatria obtida em 2002:

Quadro 7 – Pontuação dos Hospitais Psiquiátricos Próprios Recebida na Avaliação do PNASH / Psiquiatria 2002.

DIR	Hospital / Município	Leitos exist.	Leitos SUS	PNASH 2002	Classe
DIR X Bauru	HOSPITAL CLEMENTE FERREIRA - Lins	230	380	74,63	VII
DIR VII Araraquara	CAIS SANTA RITA – Santa Rita do Passa Quatro Passa Quatro	450	450	74,01	VIII
DIR I São Paulo	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ÁGUA FUNDA – São Paulo	130	130	72,84	IV
DIR XI Botucatu	HOSPITAL PROF. CANTIDIO MOURA CAMPOS - Botucatu	180	180	72,04	V
DIR XX São João da Boa Vista	CENTRO DE REABILITACAO DE CASA BRANCA – Casa Branca	400	633	71,03	VIII
DIR XVIII Ribeirão Preto	CAIS SANTA TEREZA – Ribeirão Preto	292	340	70,74	VII
DIR I São Paulo	HOSPITAL PSIQUIATRICO PINEL – São Paulo	126	126	69,65	IV
DIR IV Franco da Rocha	DEPARTAMENTO PSIQUIÁTRICO II – Franco da Rocha	1178	2612	67,73	VIII

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental / CPS / SES-SP, junho de 2003

Como se pode depreender do quadro 7, três hospitais psiquiátricos são de médio porte (até 160 leitos); dois têm 230 e 293 leitos, respectivamente; outros dois 400 e 450; e o Juqueri, que já teve pouco mais de 14.000 leitos, tem, hoje em dia, 1.178 leitos (embora só interne casos novos na enfermaria de agudos). Dos hospitais de médio porte, parte significativa de pacientes, embora faça uso de AIH, está fora das enfermarias, vivendo em Lares Abrigados.

Nos anos 90, nos grandes hospitais psiquiátricos próprios, avolumaram-se as experiências de criação de espaços de transição para a comunidade dos internos moradores dessas instituições. Ainda em 80, o Juqueri usou um casarão do hospital para abrigar pacientes, cujo espaço assemelhava-se ao que viriam a ser tornar os Lares Abrigados. Já o Centro de Atenção Integral – Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto criou, em 1992, na cidade, Pensões Protegidas para pacientes com alta hospitalar que haviam perdido os vínculos familiares. Essas Pensões foram implantadas através de parcerias com Organizações Não Governamentais – ONG e, em 1998, eles conseguiram que a Câmara Municipal de Ribeirão Preto aprovasse uma cota de habitação popular para os egressos do hospital (SÃO PAULO, 2002). Também o Sanatório Cândido Ferreira – hospital filantrópico co-gerido pela Prefeitura de Campinas desde 1990 – implantou inicialmente sete casas na comunidade, abrigando 35 ex-moradores da instituição.

O Centro de Atenção Integral Santa Rita realizou grandes transformações no hospital, criando 14 Lares Abrigados para 74 moradores. Também o Hospital Pinel e o Água Funda, no município de São Paulo, tinham Lares Abrigados.

Os mecanismos de financiamento para desinternar a população moradora só foram criados em 2000⁹⁸, de modo que os Lares Abrigados, as Moradias e as Pensões Protegidas foram, na década de 1990, as formas mais usuais de nomear o recurso utilizado para desinternar os pacientes, sem dar-lhes alta e abrigá-los em casas localizadas em área física do hospital, distinta dos pavilhões e com abertura para a comunidade, ou em casas alugadas pelo município em bairros da cidade. Desdobramento das transformações pelas quais os hospitais psiquiátricos

⁹⁸ PT GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos.

próprios passaram, a diferença entre os Lares e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) era que, nos primeiros, o paciente não recebia alta administrativa para que se pudesse continuar usando do recurso da AIH para mantê-los nos Lares e, no segundo, o paciente tinha alta, o serviço era cadastrado e recebia recurso específico do Ministério da Saúde.

Foi em fevereiro de 2000 que o Ministério da Saúde criou os Serviços Residenciais Terapêuticos, modalidade assistencial substitutiva às internações psiquiátricas prolongadas (BRASIL, 2004a), que viabiliza as altas, estabelecendo forma de pagamento para esse tipo de cuidado. A portaria que cria e normatiza os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), de natureza pública exclusiva, podendo ser não governamental por decisão do gestor local, define que eles devem “a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional, que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia; b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado; c) promover a reinserção dessa clientela à vida comunitária” (BRASIL, 2004a).

Conforme pode ser visto no gráfico 2, entre janeiro de 1995 e outubro de 2002, houve um aumento de 82 Lares Abrigados e 110 Serviços Residenciais Terapêuticos. O aumento dos Lares Abrigados deve ser creditado às reformas empreendidas pelos hospitais próprios neste intervalo de tempo, enquanto as Residências Terapêuticas, existentes em pequeno número em 1995, devem ter sofrido aumento a partir de 2000, quando saiu a portaria de SRT.

Gráfico 2 - Expansão dos Lares abrigados e Serviços Residenciais Terapêuticos entre 1995 e 2004.

Fonte: SÃO PAULO, 2002

Mapa com os equipamentos de saúde mental por DIR e município.
Área Técnica de Saúde Mental / CPS / SES-SP, junho de 2004

A criação de financiamento específico para desinstitucionalizar moradores de hospitais foi fundamental para as ações nessa direção. Porém, não se pode afirmar se as residências terapêuticas implantadas na comunidade sofreram aumento ao longo do período ou após a publicação da portaria que regulamentou os SRT, pois não foi possível saber quantos deles já existiam antes de 2000 e que, eventualmente, possam ter sido credenciados com nova designação após a normatização ministerial.

O quadro abaixo mostra a distribuição dos referidos serviços por DIR.

Quadro 8 - Distribuição de Lares Abrigados e de Serviços Residenciais Terapêuticos por DIR

DIR	Nº de Lares Abrigados	% Lares Abrigados	Nº de SRT	% SRT
I – São Paulo	12	14,1	–	–
II – Santo André	–	–	10	8,8
IV – Franco da Rocha	6*	7,1	2	1,8
VI - Araçatuba	6	7,1	–	–
VII - Araraquara	3	3,5	23	20,3
X – Bauru	18	21,1	4	3,5
XI – Botucatu	5	5,9	–	–
XII – Campinas	2	2,4	21	18,6
XIII – Franca	–	–	1	0,9
XIV – Marília	15	17,6	–	–
XV – Piracicaba	5	5,9	1	0,9
XVI – Presidente Prudente	4	4,7	–	–
XVIII – Ribeirão Preto	1	1,2	2	1,8
XX – São João da Boa Vista	6	7,1	48	42,5
XXI – São José dos Campos	–	–	1	0,9
XXIII – Sorocaba	2	2,3	–	–
Total	85	100,0	113	100,0

Fonte: Mapa com os equipamentos de saúde mental por DIR e município. Área Técnica de Saúde Mental / CPS / SES-SP, junho de 2004.

* Os Lares Abrigados do Juqueri são designados de Unidades Assistências de Longa Permanência e, talvez por isso, não constem do mapa de equipamentos de saúde mental / CPS / SES-SP. A informação foi obtida a partir de consulta feita ao hospital.

Questão gravíssima no Estado de São Paulo, os internos moradores de hospitais psiquiátricos ocupam, aproximadamente, 58% dos leitos existentes. Em 2004 eram aproximadamente 9.000 moradores em 15.551 leitos. Como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) podem abrigar até no máximo 8 usuários, seria necessário 1.125 equipamentos desse tipo ou, se subtrairmos

desse total os 85 Lares Abrigados⁹⁹, a necessidade passaria a ser de 1.040 SRT . Tarefa hercúlea que demanda tempo e equipes de serviços de saúde mental (aos quais as residências estarão vinculadas) com uma enorme articulação comunitária.

Como 9.000 leitos são de moradores, somente 6.551 leitos entram no rodízio de internações ou, aproximadamente, 42% do total existente no Estado.

O apelo ético que a tarefa de desinstitucionalização mobiliza tem sido o motor de alguns projetos técnico-políticos de Coordenadores. Como foi dito por um deles, essa é uma dívida do Estado e o que dá sentido para seu trabalho: “talvez seja uma utopia, mas eu acho que concluo meu trabalho na mental quando eu zerar os moradores. Não sei quanto tempo isso vai levar, mas seja lá qual for o lugar que eu ocupar institucionalmente, essa sempre será a minha prioridade”.

Este mesmo Coordenador tem observado que os hospitais psiquiátricos estão se tornando “parceiros do modelo” e cita um caso exemplar, do qual tomou conhecimento: “Outro dia eu soube de um paciente do interior com 22 anos, psicótico, que fez um surto e tem uma avó de 80 anos que não tem condições de ficar com ele. O município não tem nenhum serviço, mas o hospital psiquiátrico (espírita) deu alta porque ele melhorou e o mandou para uma residência terapêutica de uma cidade vizinha. A cidade dele não vai montar uma residência terapêutica por causa de um paciente ...”.

Preocupado com a demanda crescente de internação de idosos com comorbidade psiquiátrica, ele acredita que “talvez devesse se pensar em leitos de retaguarda para esses casos, porque isso já não é mais psiquiatria pura, são quadros que

⁹⁹ Pois parte deles pode estar sendo mantida com recurso de AIH e, portanto, constar como paciente internado de longa permanência.

apresentam intercorrências psiquiátricas. A população de idosos está crescendo e irá demandar, além de asilos decentes para aqueles que ficarão sem parentes, atenção hospitalar. Não podemos psiquiatrizar estes casos”.

Os benefícios foram referidos em todas as entrevistas como fundamentais no processo de desinstitucionalização, seja para os pacientes retornarem para casa, seja para poderem viver em SRT com algum grau de autonomia. Trata-se de dois auxílios: o benefício de um salário mínimo concedido pela Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS¹⁰⁰ e, mais recentemente, o benefício concedido pelo “De Volta para Casa” que, diferentemente do primeiro, tem duração de um ano (podendo ser renovado findo este prazo).

Um dos Coordenadores resumiu, da forma que se segue, os motivos de internação e manutenção dos hospitais psiquiátricos:

“Eu diria que há três fatores alimentadores do hospital psiquiátrico: um, a doença mental propriamente dita e a sua gravidade que estão na esteira comum. Existem sim, certos

¹⁰⁰ A lei Orgânica da Assistência Social – Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 – regulamenta os artigos 203 e 204 da Constituição Federal/1988 e reconhece a Assistência Social como política pública, direito do cidadão e dever do Estado, além de garantir a universalização dos direitos sociais. Em seu Art. 2º, define como objetivos da assistência social: “I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família”. No parágrafo único deste capítulo, refere que “A assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais”. Estabelece na Seção I *Do Benefício de Prestação Continuada* que: § 2º Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho; § 3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo; § 4º O benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito da seguridade social ou de outro regime, salvo o da assistência médica; § 5º A situação de internado não prejudica o direito do idoso ou do portador de deficiência ao benefício”, etc.

episódios de doença mental ou física que necessitam de hospitalização ... [e] precisam do equipamento que potencializa a ação médica – isto se chama hospital. Outra questão é a violência, às vezes ocorrida, contra si ou contra outros, praticada pelo doente mental. Muitas vezes não é exatamente violência, mas o abandono do doente que, por causa de sua patologia, não se alimenta, não se higieniza, não se hidrata ... é pedir demais ao ambiente extra-hospitalar, ou à família, que corrija este fenômeno agudo. Não se trata apenas da gravidade da doença, mas do desamparo que a doença produz, não ela por si, mas como manifestação de seu quadro. E o terceiro é realmente uma questão de pobreza. Enquanto é inadmissível você manter alguém internado em hospital geral porque não tem casa e comida, em hospital psiquiátrico isto era uma obviedade, quer dizer, quem não tinha casa e comida era morador natural, o cliente eleito. Enfrentamos muitos embates com gerentes de hospital porque o paciente tinha alta clínica e eles argumentavam que não era só a clínica que determinava a alta, pois se ele não tinha casa e comida ... e aí voltava a discussão. Como fazer então, já que tantos brasileiros não têm casa e comida? ... O doente mental cai muito nesse modelo do desamparado social; agora o desamparado social neste país não se confunde com o doente mental, pois é uma grande massa de população física e psicologicamente apta ...”.

Três Coordenadores identificaram no Dose Certa de Saúde Mental, criado em 1999¹⁰¹, um subsídio importante para tratar em comunidade e evitar internações, embora não se tenha qualquer avaliação do impacto de ele causou.

¹⁰¹ Em novembro de 1999, a Comissão Intergestores Bipartite aprovou o Programa de Assistência Farmacêutica em Saúde Mental, Dose Certa de Saúde Mental, ampliando os itens da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME e excluindo outros. O repasse do Ministério da Saúde foi de R\$ 4.839. 141,48 e a contra-partida da SES-SP, de R\$ 1.209.785, 40, totalizando R\$ 6.048.926,88 (DOU, de 25 de agosto de 1999).

Um dos Coordenadores considerou que “o aporte de medicamentos nos ambulatórios era uma condição necessária e produziu uma inflexão importante em termos de assistência extra-hospitalar quando ele foi criado ... isso era condição necessária para você viabilizar a desospitalização, pois justamente os doentes mentais mais graves e que eram predominantemente internados são os que fazem uso de maior quantidade de medicação. O programa de medicamentos demorou para surgir e foi descompassado com a redução de leitos e criação de novas unidades extra-hospitalares”.

Os psicofármacos do Dose Certa de Saúde Mental foram padronizados em 2002 e, segundo outro Coordenador, algumas regionais treinaram os médicos prescritores (que não são psiquiatras na sua maioria) em muitos municípios do interior do Estado de São Paulo. Para ele, embora este Programa favoreça inclusive o acesso a medicamentos de alto custo (às vezes prescrito durante a internação, sendo seu uso interrompido por ocasião da alta hospitalar), “tem sido observado que os medicamentos do “Dose Certa” estão sendo usados para outras finalidades, como por exemplo, emprego de antidepressivo no tratamento de obesidade”. O aumento no consumo de psicofármacos pela rede parece ter sido um dos fatores que motivou “uma revisão do programa”.

Para cadastrar o serviço como Unidade de Referência de Dispensação, o Dose Certa de Saúde Mental tem como exigência a execução de ações de saúde mental. Por essa razão, muitas prefeituras contrataram psiquiatra, psicólogo e assistente social para poder se credenciar. Segundo o Coordenador acima citado, “isso fez crescer muito o número de URD e deu a impressão de que estava se dispensando muito mais. Por exemplo, na DIR de Assis, que tem 12 ou 15 municípios, todos os usuários de serviços de saúde mental retiravam os psicofármacos no ASM de Assis, que hoje se

transformou num CAPS. O que aconteceu? Claro que o prefeito ganha quando consegue uma URD, porque ele passa a distribuir medicamentos, mas isso também facilita o acesso e descentraliza distribuição”.

Até 2000, havia, aproximadamente, 40 pólos de dispensação do programa de medicamentos de saúde mental (URD), o que fazia com que os municípios tivessem que se articular com o município sede da dispensação, tanto no que se referia aos medicamentos básicos quanto aos de alto custo. Esses pólos foram pactuados na bipartite e ela própria daria continuidade à sua ampliação.

A “revisão” do Dose Certa de Saúde Mental parece que esta pautada em um processo de avaliação técnica, em que a Coordenação de Saúde Mental não participa – ao menos é o que sugere a explicação dada por um Coordenador: “Atualmente a SES está profissionalizando quadros para gerenciar o programa de medicamentos de saúde mental. Já há investigações epidemiológicas, sabe-se quem está consumindo, de onde vem, existe um mapa da distribuição geográfica dos medicamentos, mas se quer saber quem prescreve e qual a patologia desses pacientes. Quem é o prescritor? O clínico geral, o ginecologista? Isto será mantido ou vai-se buscar uma assistência mais especializada? Atualmente o Estado fornece mensalmente os medicamentos aos municípios. O que não se sabe ao certo é a que prática assistencial estão sendo submetidos aqueles que fazem uso desses medicamentos ... O objetivo era alcançar a totalidade dos municípios e, se não fosse oportuno, pelo menos pólos de referência de localidades de pequena dimensão, para as pessoas não terem que viajar 200-300km para obter o medicamento. Essa é uma lógica que rege a saúde coletiva, ou seja, a distribuição de medicamentos para doenças de

alta prevalência como a doença mental tem que ser de tal forma que facilite o acesso, não dá para pensá-la como política de doença rara”.

Não se conseguiu saber quais os parâmetros adotados por estes “especialistas” para rever o Programa e quem seria o interlocutor da SES-SP na Bipartite. De toda forma, há que se considerar que este consumo cresceria muito com a distribuição regular de medicamentos, pois o abastecimento da rede sempre foi irregular, em termos cobertura dos itens da grade e em termos de quantidade psicofármacos para cobrir as prescrições. Em decorrência disso, em 1999, quando foi criado o “Dose Certa de Saúde Mental”, não havia base para se fazer uma estimativa de compra para distribuir aos municípios estaduais, sequer a partir dos serviços especializados em saúde mental. Para se partir de algum número, houve a tentativa de se usar um levantamento de consumo dos psicofármacos em ambulatórios de saúde mental da capital, porém esses serviços operavam regularmente com repressão de demanda. Ora faltava haldol, ora biperideno, ora amitriptilina, ora imipramina, etc, de modo que as planilhas que os ambulatórios usavam para requisitar os medicamentos não incluíam o número de receitas não dispensadas, somente as dispensadas nos períodos em que havia alguma quantidade deles para ser fornecida.

Outras medidas adotadas para reorganizar a assistência psiquiátrica no Estado de São Paulo e que tiveram um caráter normativo foram: a proibição de internação feita diretamente no hospital – a “internação de porta” –, a regionalização dos leitos psiquiátricos, a criação de Centrais de Vagas de Psiquiatria e, ainda incipiente, a criação de Centrais de Regulação.

Um dos Coordenadores lembrou que existia uma Resolução do final da Coordenadoria de Saúde Mental (1996), feita pela Comissão Interinstitucional de Saúde Mental – CISM (da época das AIS), “que orientava a expansão das unidades de emergência e de internação psiquiátrica em hospital geral, proibindo a internação de porta, mas, mesmo sem elas, as emergências e os ambulatórios continuavam grandes portas de internação. Aliás, antes das centrais, internavam onde conseguiam, usando critérios de proximidade, de pressão política, enfim, era um balaio de gatos ... as famílias levavam os pacientes para a porta do hospital, eles eram admitidos e a partir daí se começava a cobrar diárias. Alguns eram clientes dos hospitais e outros faziam a via sacra, como os alcoolistas, por falta de um projeto terapêutico”.

O mesmo Coordenador conta que havia uma central de vagas ineficaz, também criada na época da Coordenadoria de Saúde Mental, e que foi levada para o Complexo Hospitalar do Mandaqui quando a CSM foi extinta (1986). Observa que, “na verdade, funcionava como uma autorizadora de internações. Ela não regulava nem controlava nada, ela recebia a notificação das internações ocorridas e viabilizava, porque não havia mecanismo de verificação. Então validava, assinava e ok. É bastante parecido com o funcionamento de muitas Unidades de Avaliação e Controle - UAC existentes no Estado afora. Muitas UAC validam coisas não validáveis, ou seja, assinam o papel como veio”.

No processo de redução de leitos e qualificação da assistência psiquiátrica, deve-se dar relevo à regionalização de leitos e à definição de cotas para os municípios que não dispunham de hospital psiquiátrico ou demandavam mais leitos do que os existentes na regional.

Quadro 8 - Distribuição de leitos SUS por DIR e população existente.

DIR	LEITOS SUS EXISTENTES	POPULAÇÃO 19 – 70 ANOS E MAIS	% leitos 0,3/1.000 hab
DIR I São Paulo	1.476	7.058.501	2.117
DIR II Santo André	337	1.594.292	465
DIR III Mogi da Cruzes	-	1.524.541	457
DIR IV Franco da Rocha	1.200	280.120	84
DIR V Osasco	103	1.549.502	465
DIR VI Araçatuba	317	450.020	135
DIR VII Araraquara	650	586.062	176
DIR VIII Assis	120	286.301	86
DIR IX Barretos	119	257.688	77
DIR X Bauru	990	663.856	199
DIR XI Botucatu	180	342.520	103
DIR XII Campinas	825	2.361.807	709
DIR XIII Franca	191	394.591	118
DIR XIV Marília	1.101	394.361	118
DIR XV Piracicaba	924	880.227	264
DIR XVI Presidente Prudente	715	454.590	139
DIR XVII Registro	-	163.125	49
DIR XVIII Ribeirão Preto	340	751.581	225
DIR XIX Santos	-	1.015.941	305
DIR XX São João da Boa Vista	2.044	493.049	148
DIR XXI São José dos Campos	324	721.452	216
DIR XXII São José do Rio Preto	517	940.627	282
DIR XXIII Sorocaba	3.038	1.260.264	378
DIR XXIV Taubaté	-	603.576	181
TOTAL	15.511	25.028.594	7.496

Fonte: * Área Técnica de Saúde Mental / CPS / SES-SP, junho de 2003

Quatro DIRs internavam na DIR XX – São João da Boa Vista, que possuía 2.044 leitos distribuídos em seis hospitais psiquiátricos (cinco privados e 1 público - Casa Branca). Segundo relatório estatístico da Central de Regulação da DIR XX, a média de internação psiquiátrica das DIRs que encaminharam seus casos, entre 2001 e 2003, foi: DIR III – Mogi da Cruzes, 33 casos/mês; DIR XII – Campinas, 24 casos/mês; DIR XIX – Santos, 23 casos/mês e DIR XXIV – Taubaté, 38 casos/mês. O pequeno número de internações das regionais de Campinas e Santos, na época do levantamento, pode ser explicado pelo fato de ambas terem Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral (Hospital Guilherme Álvares de Santos; HC da UNICAMP e Hospital da PUCAMP, os dois em Campinas) e cada uma delas possuir cinco CAPS que funcionam 24 horas.

A DIR XVII – Registro, a mais carente de todos os tipos de recursos de saúde, inclusive de saúde mental, internava na DIR XXIII – Sorocaba, cuja estimativa de solicitação de vagas, feita pelo grupo técnico de regulação, era de 14 casos/mês.

A SES-SP, a partir de 95, regionalizou as vagas e definiu as referências de internação para as DIRs sem hospitais psiquiátricos. Com isso, conseguiu-se impedir as internações de “porta” de hospital (ou ao menos reduzi-las drasticamente), tornando necessária a autorização de internação da Central de Vagas. Sem essa autorização, as Unidades de Avaliação e Controle (UAC) passaram a glosar o pagamento da AIH para os hospitais que aceitavam internar na porta. Certamente, as Centrais de Vagas regionais foram um dos principais instrumentos que, ao menos, garantiu o controle das cotas municipais, diminuindo a migração de pacientes pelo Estado de São Paulo afora.

Em 2001, foi oficializado pela SES-SP um Grupo Técnico de Regulação da Saúde Mental (SÃO Paulo, 2001) para elaborar uma proposta de implantação de Centrais de Regulação de âmbito regional, pautada na NOAS 01/01 e voltada para a oferta de cuidados aos pacientes com transtornos mentais severos e decorrentes do uso de álcool e drogas, principais utilizadores dos serviços de emergência e de leitos psiquiátricos (LUCCHESI & BOLANHO, 2001a).

Apesar da proposta não ter sido efetivada em todas as DIRs, o grupo produziu um modelo de ficha a ser usada por ocasião da solicitação de internação (Anexo 7), bem como caracterizou os quadros de urgência psiquiátrica, sugerindo o manejo e fluxo do paciente a partir do primeiro atendimento feito em pronto-socorros (PS).

Nessa proposta, eram referidos como quadros mais freqüentes de urgência psiquiátrica os sintomas psicóticos/afetivos, as tentativas de suicídio, os episódios de ansiedade e as agitações/agressividade. Nessas situações, o PS deveria fazer o diagnóstico diferencial de transtornos mentais de etiologia orgânica aguda e a avaliação clínica completa. Feito o diagnóstico, cabia ao PS geral tratar os transtornos mentais de etiologia orgânica aguda, incluindo intoxicações e estados de abstinência devido ao uso de álcool e drogas. Nos casos em que o diagnóstico recaía sobre os transtornos mentais severos – esquizofrenias, transtorno afetivo bipolar, demências e deficiência mental –, a conduta era dar alta ou transferir para um serviço especializado de urgência psiquiátrica, ou para internação via Central de Regulação.

Este mesmo grupo técnico também fez um levantamento das DIR que, em 2001, tinham Centrais de Vaga e regulação médica, bem como estimou a média de solicitações de internações/mês, como pode ser visto no quadro abaixo.

Quadro 9 - Centrais de Vaga e Regulação dos leitos psiquiátricos no Estado de São Paulo

DIR	LEITOS PSIQUIÁTRICOS		
	CENTRAL DE VAGAS	REGULAÇÃO MÉDICA	SOLICIT/ MÊS
DIR I São Paulo	NÃO	SIM	1200
DIR II Santo André	SIM	NÃO	350
DIR III Mogi da Cruzes	SIM	NÃO	60 (25 p/ DIR 20)
DIR IV Franco da Rocha	NÃO	NÃO	80
DIR V Osasco	SIM	NÃO	160
DIR VI Araçatuba	SIM	NÃO	260
DIR VII Araraquara	SIM	NÃO	190
DIR VIII Assis	NÃO	NÃO	130
DIR IX Barretos	NÃO	SIM	70
DIR X Bauru	SIM	NÃO	330
DIR XI Botucatu	NÃO	NÃO	150
DIR XII Campinas	SIM	NÃO	800 (20 p/ DIR20)
DIR XIII Franca	NÃO	NÃO	80
DIR XIV Marília	SIM	NÃO	242
DIR XV Piracicaba	SIM	NÃO	400
DIR XVI Presidente Prudente	SIM	NÃO	500
DIR XVII Registro	NÃO	NÃO	14 p/ DIR 23
DIR XVIII Ribeirão Preto	NÃO	NÃO	190
DIR XIX Santos	NÃO	SIM	42 (15 p/ DIR 20)
DIR XX São João da Boa Vista	NÃO	SIM	850
DIR XXI São José dos Campos	SIM	NÃO	180
DIR XXII São José do Rio Preto	SIM	NÃO	323
DIR XXIII Sorocaba	SIM	NÃO	420
DIR XXIV Taubaté	NÃO	SIM	60 (44 p/ DIR 20)

A resolubilidade média das centrais de vagas (número de solicitações/ número de internações) era de 90%, sendo maior no interior do que na Grande SP. As solicitações que não resultam em internação eram aquelas não pertinentes ou canceladas.

Existiam Centrais de Vagas em 13 DIR (II, III, V, VI, VII, X, XII, XIV, X, XVI, XXI, XXII e XXIII)¹⁰², mas apenas cinco tinham regulação médica, isto é, a solicitação de vaga era submetida à avaliação de um médico que definia, a partir de protocolo, a pertinência ou não do pedido. Eram elas a DIR I, IX, XIX, XX e XXIV. A existência de Regulação não estava atrelada ao fato de o município ou DIR ter hospital psiquiátrico, como era o caso de Santos (DIR XIX) e Taubaté (DIR XXIV), mas à apreciação da pertinência das solicitações de internação, feitas, via de regra, pelos serviços de emergência (e isto era definido pelos municípios). Também foi possível identificar as DIR que possuíam cotas de internação em outros municípios, conforme já foi dito.

O principal ganho, com esse controle, é garantir a volta do paciente para o seu município de origem, acompanhar o tempo médio de internação e identificar o serviço que solicitou a internação, de modo a fazer valer a contra-referência dos casos. Evidentemente, isso demanda avaliação contínua das Centrais, o que fica facilitado se houver um software que sinalize os indicadores que se quer perseguir.

Quando a primeira Emergência Psiquiátrica foi implantada em São Paulo, por Luiz da Rocha Cerqueira (abril de 1973), na Rua da Alegria, no Brás, um dos Coordenadores recordou que **“houve um forte movimento político promovido pelos hospitais psiquiátricos conveniados, que, até então, tinham as portas abertas para o ingresso**

¹⁰² A Central de Vagas da capital estava junto ao Plantão Controlador Metropolitano – PCM, que ficava na CSRMGSP e fazia Regulação. Ela foi municipalizada em agosto de 2002 e, até setembro de 2004, não funcionava de finais de semana.

de pacientes, sem um filtro eficaz do poder público ... Conseqüentemente, após 6 meses (setembro de 1973) essa emergência cerrou as portas”.

Até o governo Montoro, as internações ocorriam através do PAM Prates e de um outro serviço de emergência, que funcionou no Ambulatório de Saúde Mental Centro, onde hoje é o CAPS Luís da Rocha Cerqueira, sendo depois transferido para o Hospital Psiquiátrico Vila Mariana.

Na verdade, a ampliação dos serviços de Emergência Psiquiátrica ocorreu em um contexto propício de integração política entre as esferas estadual e municipal (capital): André Franco Montoro era governador do Estado de São Paulo e Mario Covas, o prefeito da cidade de São Paulo; João Yunes era o Secretário de Saúde do Estado e José da Silva Guedes, o Secretário Municipal de Saúde de São Paulo. Esta conjunção favoreceu uma ação solidária, na qual o governo estadual contratou equipes para serem alocadas em pronto-socorros municipais (Lapa) ou estaduais (Mandaqui).

A expansão desses serviços se intensificou a partir de 1989, particularmente na capital, com a posse do Partido dos Trabalhadores na Prefeitura. Porém, ressalva seja feita, embora concebidas para “resolver” parte da demanda e filtrar internações, as emergência psiquiátricas também foram transformadas em vilãs da história. Em parte porque não mantinham – por razões diversas – observação de 72 horas, em parte porque, quando encaminhavam para os serviços, tinham que enfrentar os critérios de horário de recepção de casos novos (no caso dos hospitais-dia), ou de agendamento (no caso de grande parte dos ambulatórios), fato é que o “filtro” não era muito eficaz. Afora isso, um número significativo de atendimentos das Emergências era para “repetir receita” ou

fornecer remédio. Seja porque as agendas dos serviços eram lotadas e não havia um processo de trabalho que absorvesse os próprios casos, seja porque faltava medicação nos serviços ambulatoriais, seja porque os serviços (tendo ou não profissionais em número suficiente) não mantinham a cobertura possível dos casos, na hora da troca de plantão, o destino dos pacientes em observação era a internação.

As Urgências Psiquiátricas, alocadas em pronto-socorros ou hospitais gerais, passaram de 11 para 46, ou seja, aumentaram 418,2%. Mas, é razoável supor que muitos pronto-socorros gerais atendam emergências/urgências psiquiátricas, mesmo sem ter psiquiatras no quadro de plantonistas.

Os serviços de emergência, juntamente com as enfermarias psiquiátricas em hospital geral, parecem orbitar em um pedaço da assistência exterior ao eixo da reforma psiquiátrica. Ou melhor, durante boa parte de vigência dos Escritórios Regionais de Saúde, o articulador de saúde mental de alguns ERSAS exercia, efetivamente, este papel de integração entre as emergências e os ambulatórios de saúde mental, através de reuniões e de acompanhamento das internações mensais feitas pelas equipes dos pronto-socorros. Muitos deles também criaram mecanismos de controle de agendamentos em serviços ambulatoriais para pacientes que estavam com alta prevista¹⁰³. Mas, com a reforma administrativa de 1996 esta prática foi sendo abandonada e, ao menos na Região Metropolitana da Grande São Paulo, houve uma cisão na relação entre os vários dispositivos de saúde mental, em parte porque os serviços ambulatoriais estavam subordinados

¹⁰³ O ERSAS 2 foi um exemplo dessa prática.

às DIRs e os hospitais à CSRMGSP, sem que houvesse integração dos articuladores de uma e de outra instância.

Data de 1954 o surgimento das primeiras enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais: a Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Geral dos Comercários, com um clube e um hospital-dia acoplados, dirigida por Laertes Moura Ferrão e a Enfermaria Psiquiátrica ligada à Universidade Federal da Bahia, coordenada pelo Prof. Nelson Pires. (LUCCHESI, 2001b).

Nos idos de 1972, na gestão de Walter Lezer de Melo como Secretário de Estado da Saúde – SES-SP e Luiz da Rocha Cerqueira à frente da Coordenadoria de Saúde Mental, a Escola Paulista de Medicina (UNIFESP) implantou uma enfermaria psiquiátrica no Hospital São Paulo. Esta enfermaria funcionou de 1972 a 1973, sendo fechada a seguir e reaberta somente em 1983, através de convênio com o INAMPS (AIS)¹⁰⁴.

No biênio 85-86, o Hospital do Mandaqui, no município de São Paulo, inaugurou a sua enfermaria psiquiátrica e, a partir de então, outras enfermarias foram implantadas. Mas, segundo dados publicados pela SES-SP, o número delas é reduzidíssimo: 22 enfermarias em todo o Estado de São Paulo.

Houve um aumento de 72,7% de enfermarias psiquiátricas em hospital geral, ou seja, passaram de 16 para 22 na década de 1990 e início de 2002. A despeito da porcentagem ser alta, este número era bastante reduzido se considerarmos que, na lógica dos serviços substitutivos, seria desejável que as internações fossem feitas em enfermarias psiquiátricas de hospitais gerais, em detrimento dos hospitais psiquiátricos. É possível que o elevado número de leitos

¹⁰⁴ Comunicação pessoal feita pelo Prof. Dr. Itiro Sirakawa, chefe da enfermaria em 1972.

psiquiátricos não pressionasse a implantação dessas enfermarias, sem falar na dificuldade de implantá-las em hospitais que já têm destinado o espaço físico e os leitos para as especialidades que atendem, afora os preconceitos em assistir doentes mentais e o desinteresse pelo que isso gera em termos de retorno financeiro, sobretudo no caso dos hospitais privados lucrativos ou privados filantrópicos.

Ainda sobre as enfermarias, nota-se que elas existiam em maior número no município de São Paulo: dez ao todo. Por sinal, São Paulo era o município com a menor concentração de leitos (1.476) e com o maior índice populacional, quando comparado às demais cidades do Estado que possuíam hospitais especializados em psiquiatria. O quadro 10 mostra o elenco de hospitais gerais do município de São Paulo com enfermarias psiquiátricas (total de 221 leitos), cujo tempo médio de internação girava em torno de 15 dias.

Quadro 10 – Enfermarias Psiquiátricas em Hospitais Gerais no município de São Paulo

Hospitais	Instância	Leitos
Hospital Geral de Guaianazes (OS)	Estadual	25
Hospital Geral de Itaim Paulista (OS)	Estadual	16
Hospital Geral de Taipas	Estadual	17
Complexo Hospitalar do Mandaqui	Estadual	16
Hospital do Servidor Público Municipal	Estadual	43
Hospital São Paulo – UNIFESP	Universitário	30
Hospital Tide Setubal	Municipal	16
Hospital Ermelino Matarazzo	Municipal	18
Hospital de Campo Limpo	Municipal	24
Hospital de Itaquera	Municipal	16
Total		221

Fonte: Relatório elaborado pela Direção Regional de Saúde I – Capital / CSRMGSP / SES-SP. Versão de 23/12/02.

Outras seis enfermarias estavam em municípios próximos da capital. Quatro foram criadas com a implantação das Organizações de Saúde (OS)¹⁰⁵, a partir de 1998: duas na DIR V – Osasco, no Hospital Geral de Itapevi e no Hospital Geral de Carapicuíba; uma na DIR II – Santo André, no Hospital Geral de Diadema e outra na DIR III – Mogi das Cruzes, no Hospital Geral de Itaquaquecetuba. As outras duas estavam no Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos e no Hospital Regional de Osasco.

Sobre a inclusão de enfermarias psiquiátricas nos hospitais gerais inaugurados pelas OS, um Coordenador deu destaque ao fato de essas enfermarias serem equipamentos que poderiam formar “profissionais de um novo tipo”. Mas, apesar de todo o empenho da área de saúde mental e de Assessores de Gabinete que faziam a interlocução das Organizações de Saúde, alguns hospitais gerais ligados à universidade não incluíram a saúde mental nessas unidades. Para este Coordenador, “a sua exclusão deveria merecer uma boa justificativa, considerando a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais e a sua comorbidade com as patologias da violência¹⁰⁶”. No entanto, ele faz uma ressalva para aqueles hospitais que implantaram enfermarias psiquiátricas como “bons exemplos [pelo fato de elas] constituírem campos de experimentação da inclusão do cuidado mental no hospital geral ...”.

¹⁰⁵ As OS implantaram hospitais gerais planejados na época do Projeto Metropolitano de Saúde. Foram construídos 13 hospitais próprios estaduais e 3 universitários: FUNCAM – Sumaré; Fundação Faculdade de Medicina – Sapopemba e UNESP – Bauru. As OS são responsáveis por gerir esses contratos. São todos hospitais gerais de nível secundário, a maior parte deles com porta fechada. Fundamentalmente, possuem clínicas básicas: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica, Clínica Obstétrica. Embora todos devessem ter, somente seis deles possuem Clínica Psiquiátrica. Há uma previsão de que o Hospital Geral de Santo André e o Hospital Geral de Sapopemba, que serão inaugurados em breve, implantem enfermaria psiquiátrica.

¹⁰⁶ Esses hospitais gerais foram implantados em regiões da cidade com altos índices de violência, como a zona sul.

Apesar da importância dada a essas enfermarias em hospital geral, há muito pouca discussão e interlocução com as equipes que aí trabalham, fato que sugere o baixo grau de investimento e estreitamento na gestão de parte dos equipamentos constitutivos da rede de serviços de saúde mental. Este pedaço da assistência compõe exclusivamente com os Plantões Controladores, que regulam as demandas de leitos de internação solicitadas pelas urgências e pelos serviços extra-hospitalares.

Lucchesi (2001b) realizou uma pesquisa em seis hospitais gerais com urgência e enfermaria psiquiátrica na Região Metropolitana da Grande São Paulo, com a finalidade de conhecer o funcionamento e os modos de inserção desses serviços na rede assistencial de saúde mental. Nas 20 entrevistas que fez com gestores (articuladores de saúde mental, diretores de hospital, diretores de DIR e coordenadores de unidade de saúde mental do hospital), concluiu, entre outras coisas, que “falta clareza sobre o compromisso populacional e o local adequado para as UHG’s [Unidade de Saúde Mental em Hospital Geral] no sistema de saúde” e que a integração com a rede extra-hospitalar é precária (LUCCHESI, 2001b:47). Os critérios diagnósticos para internação, com exceção da prioridade dada aos pacientes com co-morbidades clínicas, são bastante semelhantes aos usados para internação em hospital psiquiátrico especializado: quadros psicóticos esquizofreniformes, transtornos de humor funcionais e transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas, com manifestações psicóticas ou afetivas secundárias. O fato de o tempo médio de internação girar em torno de 15 dias resulta em transferências, para hospitais psiquiátricos, daqueles pacientes em que não houve remissão do quadro no intervalo previsto (LUCCHESI, 2001b). A falta de emprego

de instrumentos, que geram informações relativas ao padrão de uso dessas unidades, ao impacto no estado de saúde mental da população usuária, às taxas de reinternação, etc, bem como o distanciamento dos coordenadores de saúde mental de tais dispositivos foram outros aspectos apontados na pesquisa em questão.

Assim como o uso de informações é quase inexistente na gerência dos serviços, o mesmo pode-se dizer com relação ao emprego de protocolos. No levantamento de dados realizado, 13 DIRs possuíam centrais de vaga, mas apenas cinco tinham regulação médica e, portanto, faziam uso de protocolo para avaliar a pertinência do pedido. Esta regulação, além de julgar a pertinência do pedido de vaga, permite orientar o possível destino, na rede extra-hospitalar, de casos em que elas não foram julgadas pertinentes. Porém, é preciso haver fluxo e plasticidade dos serviços extra-hospitalares para receber essas demandas, bem como um sistema de comunicação facilitado. Em princípio, os CAPS seriam o principal dispositivo deste fluxo, mas não o único.

A década de 1990 assistiu o fortalecimento do discurso dos Centros de Atenção Psicossocial, apesar de ele concorrer com a concepção dos Hospitais-Dia (HD), implantados em número significativo no município de São Paulo entre os anos de 1989 e 1992¹⁰⁷. Dos 20 HD existentes no Estado de São Paulo em 1995, 14 estavam na capital (SÃO Paulo, 1994). Já os CAPS totalizavam 12.

Em 2002, com a portaria que institui os CAPS como modalidade de serviço, o discurso ganhou mais força e o número desses serviços passou de 12, em 1995,

¹⁰⁷ Entre 1989 e 1992 a prefeitura do município de São Paulo esteve sob a gestão do Partido dos Trabalhadores, cuja prefeita foi Luiza Erundina. Nesse período foram implantados por volta de 10 HD.

para 126, em 2004 (Anexo 8). O aumento de 1.050% em nove anos, embora significativo, fica muito aquém da necessidade. Além disso, em alguns casos, isso não implicou na criação de novos CAPS, mas no credenciamento de Hospitais-Dia e de Ambulatórios de Saúde Mental (ASM) em Centros de Atenção Psicossocial. Exemplo disso é o município de São Paulo, onde tanto os 11 ASM¹⁰⁸ quanto os HD existentes foram transformados em CAPS, ao menos enquanto designação.

Quadro 11 – Total de Centros de Atenção Psicossocial no Estado de São Paulo

CAPS	CAPITAL	GRANDE SÃO PAULO	INTERIOR	TOTAL
CAPS I	4	–	26	30
CAPS II	13	4	25	42
CAPS III	1	1	12	14
CAPS ad II	10	5	13	28
CAPS i II	7	1	4	12
TOTAL	35	11	80	126

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde / Coordenadoria de Planejamento de Saúde / Área Técnica de Saúde Mental, setembro de 2004

No Gráfico 3, pode-se observar a evolução dos Ambulatórios de Saúde Mental, Hospitais-Dia e Centros de Atenção Psicossocial entre 1995 e 2004:

¹⁰⁸ Exceto o ASM Belenzinho. Por estar fisicamente instalado no PAM Maria Zélia, não foi municipalizado. Permanece ambulatório, mas parte de sua equipe saiu para compor um CAPS infantil.

Gráfico 3 - Comparação do número de ASM, HD e de CAPS entre 1995 e 2002

Fonte: SÃO PAULO, 2002

Secretaria de Estado da Saúde / Coordenadoria de Planejamento de Saúde
/ Área Técnica de Saúde Mental, setembro de 2004

Vale ressaltar que, sob a designação de Ambulatório de Saúde Mental, estão abrigados diversos tipos de serviços que, muitas vezes, correspondem às equipes mínimas implantadas nas Unidades Básicas de Saúde nos anos 80. Embora não se possa questionar o grau de resolubilidade dessas equipes em municípios de pequeno porte, ao menos no Estado de São Paulo, havia uma prescrição sobre a composição da equipe multiprofissional e sobre as atividades que esses serviços deveriam ofertar (SÃO PAULO, 1983; PITTA-HOISEL, 1984; CAMBRAIA, 1999).

Em 1995, houve uma tentativa de revitalização dos ASM da capital que não foi em frente. A Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo designou, em 1996, um grupo para analisar e propor medidas para a

reestruturação desses serviços, só em parte executada¹⁰⁹. Como resultado do trabalho, a equipe dos ASM foi ampliada, a partir do Padrão de Lotação criado pela DIR I – Capital¹¹⁰, em 1996¹¹¹, e foi realizado concurso público. Entre o resultado do concurso e a convocação dos aprovados, os cargos foram repassados para os serviços e foi feita a seleção por contrato de emergência. Dentre outras coisas, foram dados seminários de Gerência para os diretores dos ASM, lideranças dos serviços e articuladores de saúde mental dos Núcleos Regionais de Saúde. Todos os ASM reformularam a oferta de cuidados, implantaram procedimento CAPS e passaram a se reunir com as UBS que tinham saúde mental, para discutir o manejo de casos e implantar ações¹¹². Assim que começou a convocação dos concursados, os cargos dos ASM começaram a migrar para outros serviços, como as Unidades Comunitárias de Álcool e Drogas que estavam sendo criadas e outros. Ou seja, descobriu-se uma área para cobrir outra.

Sobre a rede extra-hospitalar, pode-se dizer que existe “clareza” discursiva quanto ao perfil dos CAPS (em todas as suas modalidades), sobretudo porque ao longo desses anos tais equipamentos deixaram de ser experimentais para se tornarem eixo do modelo de organização da rede de serviços de saúde mental. O mesmo não se pode dizer da atenção básica e demais equipamentos constitutivos do sistema de saúde.

¹⁰⁹ DO, de 10 de janeiro de 1996 e DO, de 19 de julho de 1996.

¹¹⁰ 9 psicólogos, 8 psiquiatras, 3 assistentes sociais, 3 terapeutas ocupacionais, 2 enfermeiros, 2 fonoaudiólogos, 1 farmacêutico, 10 auxiliares de enfermagem e 2 auxiliares técnicos de saúde

¹¹¹ São Paulo, Decreto nº 41.316, de 13 de novembro de 1996.

¹¹² Cf. Cambraia, op. cit.

O documento “Saúde Mental no SUS” estima que uma grande parte de pessoas com transtornos mentais leves (queixas psicossomáticas, abuso de álcool e drogas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade menos graves, etc) esteja sendo atendida na atenção básica, a despeito de o documento fazer referencia à inexistência de estudos epidemiológicos recentes (BRASIL, 2004b). Reconhecendo a importância da articulação da saúde mental à atenção básica, o Ministério da Saúde recomenda que ela ocorra a partir dos seguintes princípios: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade / interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; e construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2004b). O apoio matricial (suporte técnico às equipes da atenção básica) e a responsabilidade compartilhada de casos (discussão / intervenção / atendimento conjunto da equipe de saúde mental e de atenção básica de alguns casos que devem permanecer em seguimento na UBS ou PSF)¹¹³ constituem as propostas estratégicas de articulação entre o nível básico e o especializado. No caso de inexistência de serviços de saúde mental na região (município ou áreas da cidade), propõe-se a contratação de equipes de apoio matricial¹¹⁴ para, no mínimo seis e no máximo 9 equipes de Programa de Saúde da Família.

¹¹³ No documento a responsabilização compartilhada de casos “exclui a lógica de encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e, gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe. A ampliação da clínica significa o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica e a dos sintomas, na análise singular de cada caso. Assim, riscos como os sociais e outros se incorporam à avaliação clínica” (BRASIL, 2004b).

¹¹⁴ A equipe deve ser composta por 1 psiquiatra ou generalista capacitado em saúde mental, dois técnicos de saúde mental de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, etc) e auxiliares de enfermagem (BRASIL, 2004b)

As ações compartilhadas entre as equipes matriciais e a atenção básica devem ser:

- Desenvolvimento de ações conjuntas, priorizando: casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica e intradomiciliar;
- Discussão de casos identificados pelas equipes de atenção básica que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas;
- Criação de estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados à violência, abuso de álcool e outras drogas, estratégias de redução de danos, etc, nos grupos de risco e na população em geral;
- Evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- Fomentar ações que visem a difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação da loucura;
- Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da

articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda, etc);

- Priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para a atenção em saúde mental que podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, bem como na comunidade;
- Adotar a estratégia de redução de danos nos grupos de maior vulnerabilidade, no manejo das situações envolvendo consumo de álcool e outras drogas. Avaliar a possibilidade de integração dos agentes redutores de dano a essa equipe de apoio matricial;
- Trabalhar o vínculo com as famílias, tomando-a como parceira no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração (BRASIL, 2004b:81)

Dos 9 itens arrolados, pode-se supor que, enfim, a rede de serviços de saúde se tornará continente e competente para intervir nos agravos do campo da saúde mental. Mas, se ficam claros, nessas ações, os casos a serem priorizados, o mesmo não se pode dizer das ações voltadas aos transtornos menores. Embora possa soar como óbvia a sugestão de que sejam evitadas “práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana”, não parece ser esta uma questão de fácil enfrentamento. De saída, uma parte significativa da população se auto-diagnostica: as pessoas se dizem estressadas e deprimidas, pois o vocabulário para expressar estados de ânimos como a preocupação e a tristeza vem sofrendo um empobrecimento significativo. A linguagem comum expressa a medicalização e psicologização do social,

atingindo profissionais de saúde e profissionais como um todo. Neste sentido, identificar as psicoses e os casos de abuso de álcool e outra drogas, é menos problemático do que a distinção entre “afetos existenciais” – situacionais e/ou ligados a traços de personalidade – e transtornos ansiosos e depressivos, se é que, na atualidade, isso é possível. Porém, tais distinções são fundamentais para se eleger as formas de intervenção. Focar os dependentes de benzodiazepínicos talvez seja irrelevante frente às prescrições crescentes de antidepressivos sem reavaliação dos casos. No entanto, não há dúvida de que a atenção básica deveria desenvolver tecnologias para intervir nos agravos menores, seja porque eles possuem uma taxa de prevalência alta, representando 9% de demanda de assistência em saúde mental em algum momento da vida (BRASIL, 2004b), seja porque o manejo psicoterápico e das terapias medicamentosas segue demandando discussão nesse campo¹¹⁵.

Não foi possível identificar, no levantamento de dados feito nessa pesquisa, qual é a política de saúde mental da SES-SP para a atenção básica. Apesar de um Coordenador ter citado a existência de um “plano de ação de saúde mental, recuperando as ações de saúde mental na atenção básica”¹¹⁶, e também a existência de um documento sobre a política de cuidados de saúde mental na infância e adolescência¹¹⁷, elaborado por uma comissão criada para este fim, não havia qualquer estratégia da SES-SP no sentido de discutir estas propostas com os municípios e serviços da rede.

¹¹⁵ Cf. CAMBRAIA, 1999.

¹¹⁶ Não se conseguiu encontrar este documento no levantamento de dados. Ele foi escrito entre 2001-2002.

¹¹⁷ SÃO Paulo – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Política de saúde mental para infância e adolescência, 2003.

Por julgar que o PSF está em franca expansão no SUS, um dos entrevistados disse que “temos que correr e habilitar [essas equipes], ou dar pontos de referência para que elas se ‘profissionalizem’ em saúde mental e agreguem aquilo que o modelo antigo de ambulatório sempre perdeu, ou seja, o seguimento das pessoas que abandonam o tratamento. Esta é postura impositiva ao SUS”.

As jornadas, encontros e cursos de capacitação, seminários e reciclagem foram minguando ao longo desses anos. Mas, deve-se dar destaque ao Curso de Especialização em Saúde Mental, oferecido por três anos e realizado pelo Projeto de Integração Docente Assistencial da Escola de Enfermagem e Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo¹¹⁸, através de verba de Ministério da Saúde e com participação da SES-SP.

Sobre a relação da SES-SP com a universidade, um dos Coordenadores era da opinião de que havia necessidade de se formular os temas de interesse para a capacitação da rede de saúde mental e de propô-los na forma de cursos e seminários a serem desenvolvidos por esta instância. Ainda sobre a relação com a universidade, mas falando particularmente dos Departamentos de Psiquiatria, outro Coordenador entendia que “a Universidade assiste demais o processo SUS e forma quadros bastante distanciados do modelo ... [ela] deveria estar em sintonia com o modelo de saúde vigente. A investigação e especulação da universidade na área de psiquiatria é muito mais voltada à psicofarmacologia e muito pouco debruçada sobre terapêutica global ... ela poderia ser um pouco mais generosa e investigar modelos terapêuticos e não se voltar exclusivamente para a investigação de medicamentos tratadores”.

¹¹⁸ No início da constituição do PIDA o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo também fazia parte.

A descentralização da política e a municipalização dos serviços reforçam ainda mais a importância do papel do gestor estadual na capacitação dos municípios, não apenas em termos gerenciais, mas também no plano da qualificação das redes de cuidado. Embora os oito pólos de capacitação existentes no Estado de São Paulo tenham a função de trabalhar com as necessidades regionais de capacitação identificadas e a função de mobilizar recursos para atendê-las, naturalmente deve haver a participação da Coordenação Estadual de Saúde Mental neste processo.

Parece que a SES-SP vem se fixando no plano em que ela ainda é prestadora de serviços, retendo alguns poucos equipamentos, os hospitais psiquiátricos próprios e o Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira, com vistas a transformar os primeiros em Centros de Atenção Integral à Saúde Mental, e o segundo, em Centro de Referência à Saúde Mental. Por não propor parâmetros estaduais, ela se distancia dos municípios, dificultando as articulações regionais, sobretudo naqueles com redes mais debilitadas. Ao se desvincular das áreas técnicas, deduz-se que o nível central não pretende manter a característica de articulação e de interlocução do campo da saúde mental, construída ao longo desses anos, e que a negociação na Bipartite possa se apoiar exclusivamente em informações gerenciais.

Um dos Coordenadores estaduais concorda com o julgamento, expresso em um dos depoimentos já citados, de que a SES-SP está passando por uma crise de identidade. Para ele, esta crise está relacionada ao fato de a Secretaria ter assumido o papel de executora durante um longo tempo, enquanto os municípios eram frágeis. Este Coordenador sugere que a SES-SP adote

estratégias de descentralização e que assuma e participe das iniciativas de capacitação e especialização das redes municipais de saúde mental. Identifica, na bipartite, a arena política da discussão. Em suas palavras: “se eu identifico que aqui deve ter um serviço, ali outro, etc, eu vou à bipartite e digo, ‘Você tem CAPS, tem extra-teto e precisa montar um serviço aqui’, ou ‘Aqui temos de ter uma rede de leitos psiquiátricos em hospitais gerais ...’ Só o Estado tem essa visão mais holística e integral do que está acontecendo em seu território para construir essa teia dinâmica, multicêntrica”. Seguindo na linha da função gestora da SES-SP, ele salienta a importância de seu desempenho, através do incremento de supervisões, avaliações, encontros, pactuações, conferências, jornadas, enfim, “atividades que possam colocar os municípios em contato para a atualização e compromisso do que cada qual vai fazer. Estas são funções, que eu acho que a Secretaria de Estado deve desempenhar. Mas isso gera uma crise”. Acrescenta que “tem ainda o sistema de informações e de compatibilização dos dados, que a SES-SP poderá fazer com conforto”. A gestão da urgência e emergência, da regulação de oferta de serviços, de avaliação dos processos descentralizadores das várias regiões foram também apontadas como atividades do gestor estadual, embora à medida que os municípios passam para a gestão plena do sistema, a função mais forte do estado passa a ser de consultoria, de formulação de suporte e de intermediação dos três níveis de governo, na gestão da política de saúde mental.

Tudo leva a crer que não será na presente gestão da SES-SP que essas possibilidades se transformarão em ações. A proposta organizativa da Coordenação de Saúde Mental estadual era a de criar seis grupos de trabalho para desenvolverem atividades de avaliação, elaborarem protocolos, realizarem

assessorias aos municípios, acompanharem hospitais e enfermarias psiquiátricas, inclusive os hospitais que abrigam pacientes neurológicos e com deficiência mental profunda (antigo PADEME), etc. Os grupos trabalhariam com as seguintes áreas: rede comunitária, PNASH, medicamentos, capacitação, saúde mental e justiça (FEBEM, Casa de Custódia e internações involuntárias), banco de dados de saúde mental e relacionamento com a universidade. Porém, nenhum desses grupos estava constituído até o término desta pesquisa.

Parece haver um descompasso entre a constituição das redes municipais de saúde mental e o desempenho das funções, há pouco citadas, do gestor estadual. Não há ainda uma estrutura minimamente estabelecida para sustentar atividades ligadas à capacitação técnica e gerencial de municípios com redes mais frágeis, ou voltadas à criação de um sistema de informações para disponibilizar dados de interesse na área de planejamento, avaliação e acompanhamento das redes de serviços de saúde mental. Tanto que os grupos de trabalho sequer foram constituídos. A cena preenchida pelos municípios não encontra ressonância no plano estadual, que parece ter perdido alguns elos de articulação com as outras duas esferas de governo, ao ter que redefinir o seu papel. Este parece ser o novo cenário que plano estadual terá que construir.

Nas entrevistas, não foram feitas referências substantivas sobre a articulação da política com instâncias de controle social. As relações com as associações de usuários e familiares se dão de forma mais pronunciada, ao nível dos serviços de saúde. Já o trabalho com a Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica foi avaliado por dois Coordenadores como “pouco propositivo”.

As Conferências Estaduais de Saúde também não foram evidenciadas nos depoimentos, embora se saiba que na Conferência Estadual de Saúde Mental - CESM, preparatória da II Conferência Nacional de Saúde Mental – CNSM, tenha havido ampla participação e debate. Por ocasião da I CNSM, não houve a etapa estadual e a escolha de delegados foi interna à SES-SP, enquanto que a etapa estadual da IIICNSM foi referida como um “momento muito interessante de atualização da agenda, de diretrizes e rumos para a reforma psiquiátrica no Estado de São Paulo, nos municípios e no país”.

Capítulo 4: Discussão

Como era de se esperar, a condução estadual da política de saúde mental centrou-se nos mesmos eixos da política nacional de saúde mental, embora a não realização da avaliação do PNASH / Psiquiatria em 2003-2004 sinalizasse para o fato de que aquele era um momento de distanciamento entre a política estadual e a política do ministério da saúde. A decisão de não realizá-lo certamente representou uma mudança na postura do início dos anos 90, onde a área técnica de saúde mental assumiu com arrojo a supervisão e o descredenciamento de 10.381 leitos no período (entre 1991 e 1995). Apesar de este tema não ter aparecido nas entrevistas, sabia-se que os hospitais privados vinham apresentando resistência em reduzir ainda mais os leitos, sob o argumento de que a sua própria manutenção seria inviável. Como esses hospitais abrigavam uma parcela significativa de moradores e os municípios não conseguiriam alcançar a velocidade necessária para implantar Serviços Residenciais Terapêuticos, no caso de ter que absorvê-los, além de a rede extra-hospitalar existente ainda estar aquém das necessidades de cobertura, criou-se um impasse.

Este impasse revelou um certo descompasso do gestor estadual ao longo do processo de municipalização que vem ocorrendo nestes 14 anos. A despeito da dificuldade em se avaliar os últimos 4 anos da política, pela falta de distanciamento do período e por se tratar de anos em que o Ministério da Saúde voltou a editar inúmeras portarias redesenhando e normatizando a rede de serviços de saúde mental, pode-se dizer que o Estado de São Paulo vem perdendo campo na interlocução com o ministério e no acompanhamento da política, diferentemente da primeira metade dos anos 90, quando ele se antecipou às medidas ministeriais, atuando, inclusive, de modo a subsidiá-las. Se esta

interlocução viesse ocorrendo efetivamente, tal impasse poderia ter sido evitado, pois nenhuma medida política costuma ser publicada sem algum período de negociação e de ajustes. Há também que se considerar o desempenho do Ministério da Saúde, isto é, da Coordenação Geral da Saúde Mental, em manter e estimular esta interlocução, que muitas vezes tem sido feita diretamente com os municípios, enfraquecendo o papel da Coordenação estadual ao invés de fortalecê-la.

Se a redução de leitos foi mantida como diretriz política em todo o período abarcado por este estudo, e os números apresentados confirmaram isso – pois houve uma diminuição de 8.108 leitos nos últimos 9 anos –, não se deve concluir apenas pela resistência em reduzi-los ainda mais, senão considerar outros fatores.

Três regionais com grande concentração de leitos eram também as que apresentavam maior número de Serviços Residenciais Terapêuticos excetuando-se a regional de Sorocaba que possuía 3.038 leitos, nenhum SRT e apenas dois Lares Abrigados e a regional de Franco da Rocha, com os 1.200 leitos do Juqueri e que possuía apenas 6 Lares Abrigados: a regional de São João da Boa Vista que tinha 2.044 leitos e concentrava 42,5% do total de 113 Serviços Residenciais Terapêuticos; a regional de Araraquara, com 650 leitos e 20,3% dos SRT; e a regional de Campinas, que tinha 825 leitos e 18,6% dos STR. Além disso, embora não se pudesse precisar qual seria o número ideal de CAPS para cada município ou para o Estado como um todo, pois isto dependia de características de cada região e da rede instalada, sabia-se que os 113 SRT existentes eram insuficientes e que a rede de atenção, em grande parte dos municípios, era insatisfatória para

manter em tratamento na comunidade os pacientes mais necessitados, o que favorecia internações e re-internações possivelmente evitáveis.

Este quadro certamente fortalecia interesses ligados à manutenção de leitos filantrópicos e privados (tanto de prefeitos e secretários de saúde de municípios sem dispositivos extra-hospitalares para atender demandas de saúde mental, quanto de donos desses estabelecimentos), exigindo uma postura mais firme do gestor estadual que respaldasse as regionais no enfrentamento desses problemas.

Ainda assim, a prioridade de cobertura e de acesso foi colocada neste campo e era onde aparecia, de forma pronunciada, a busca pela integralidade dos cuidados em saúde mental.

Como pôde ser acompanhado no capítulo anterior, as diretrizes de redução de leitos, de transformação dos hospitais psiquiátricos próprios, de desospitalização / desinstitucionalização e de expansão dos serviços extra-hospitalares viabilizaram-se a partir de alguns instrumentos que foram sendo construídos ao longo desses anos. A supervisão de hospitais próprios e privados, a regionalização dos leitos psiquiátricos, a implantação das centrais de vagas e de regulação, acrescidas da execução das portarias ministeriais que foram sendo editadas, tiveram uma função normativa, seja para qualificar e humanizar a assistência, seja para disciplinar os fluxos de internação.

Já o Programa de Medicamentos representou um aporte aos cuidados extra-hospitalares, cuja meta vai na direção da expansão, ainda que tímida para o Estado, mas superior ao resto do país.

Pautada em aspirações éticas de inclusão dos portadores de transtornos mentais severos e persistentes e de favorecimento dos direitos humanos e civis dessas pessoas, a reabilitação psicossocial subsidiava as práticas que visavam interferir no processo saúde-doença, ampliando o horizonte da clínica psiquiátrica para agregar outras finalidades: aumento de autonomia e de trocas afetivas e sociais estimuladas por um conjunto de ações que, no limite, transcendiam o que se entendia por clínica tradicional. Ou seja, as atividades terapêuticas – apoiadas em referenciais distintos – passavam a ter que compor para atingir um fim dado pela saúde coletiva (o aumento de autonomia) e que transcendia o objeto da psiquiatria, da psicanálise, do existencialismo ...

O acento no psicossocial pareceu representar um outro momento do discurso de integração biopsicossocial, favorecido pelas abordagens interdisciplinares do processo saúde-doença, onde a questão da integração cedia terreno às múltiplas vertentes para explicar o fenômeno, sem que necessariamente se atingisse sínteses. O “bio” desapareceu, é verdade, mas uma das razões pode ser atribuída à ênfase que se queria dar à necessidade de assimilação e convivência das comunidades com a diferença, com aquilo que não tem cura, com a loucura.

Este conceito de integralidade que, como foi sugerido, estava contido na concepção de reabilitação psicossocial, tal como ela vinha sendo tratada no país (em oposição às técnicas de reabilitação), e dizia respeito à integralidade focalizada dos serviços (“escutar” para além das demandas) e à integralidade ampliada (articular o conjunto de recursos sócio-sanitários e favorecer o acesso a eles referidas nos marcos conceituais).

A definição de modelo de atenção à saúde mental expressou abrangência no campo dos transtornos maiores, tanto do ponto de vista técnico-administrativo, quanto do ponto de vista da concepção de clínica, enquanto no plano da atenção aos transtornos menores foram feitas referências à necessidade de capacitação de equipes e à necessidade de inclusão de cuidados de atenção em saúde mental na rede básica de saúde, através das estratégias de apoio matricial e co-responsabilização de casos entre equipes especializadas e equipes de saúde da família, sem discussões de aporte. O norte da reabilitação psicossocial não pareceu dar conta desses casos (transtornos menores), cujos agravos poderiam interferir na qualidade de vida, mas, não necessariamente, resultar em prejuízos no plano da autonomia social, demandando especificidades de abordagem.

Embora o Ministério da Saúde arrolasse uma série de “focos” para os quais a atenção básica deveria se dirigir e que eram relativamente consensuais no plano da identificação e diagnóstico de agravos mentais (em adultos, crianças e adolescentes); uso abusivo de álcool e drogas, não havia menção do restante das queixas de saúde mental que orbitavam os consultórios das clínicas básicas da rede de serviços de saúde.

E esse era um campo bastante conhecido do gestor estadual. A crítica de que os ambulatórios e postos de assistência médica do INAMPS eram dispensários de psicofármacos era extensível a todo e qualquer tipo de agravo. Os centros e postos de saúde não ficavam atrás, com a diferença de que o médico do posto fazia as primeiras prescrições – geralmente de benzodiazepínicos – e encaminhava os pacientes, tidos como políquelixosos, para os ambulatórios de

saúde mental, ou centros de saúde com equipes de saúde mental para dar “prosseguimento” ao caso. Daí nasceram os grupos de desmedicalização.

Portanto, como capacitar as equipes de atenção básica no diagnóstico, manejo e desenvolvimento de práticas neste campo não pode se resumir a uma questão genérica de inclusão desse tipo de cuidado na rede, o que aliás, vem tentando ser feito em São Paulo desde a década de 50, a despeito da via preventivista que inspirou essa inclusão.

Naturalmente, não se trata de eleger esses transtornos como prioridade da atenção básica, mas de habilitá-la segundo os princípios da atenção integral.

As diversas experiências de práticas neste campo da assistência não têm sido focadas em encontros ou seminários da área de saúde mental no Estado, ou quando o são, como é o caso de relato de experiências de equipes de saúde da família, tendem a falar do manejo de casos dramáticos que, via de regra são exceção.

- ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J.F.; FERNANDES, J. G.; ANDREOLI, S.B.; BUSNELLO, E.D. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). Revista ABP-APAL 14 (3):93- 104, 1994.
- Alves, D.S.N. Transformações na assistência psiquiátrica no Brasil. In: SILVA FILHO, J.F.; RUSSO, J. Duzentos anos de psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Relume-Dumará Editora – UFRJ.
- ALVES, D.S.N. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Texto Apresentado no V Congresso da Associação Mundial de reabilitação Psicossocial, Roterdã – Holanda, maio de 1996 (mimeo).
- ALVES, D.S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.
- AMARANTE, P. Asilos, alienistas e asilados. In: A saúde no Brasil. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983.
- AMARANTE, P. (org.) Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, SDE / Escola Nacional de Saúde Pública, 1995.
- AMARANTE, P. (coord.) Archivos de saúde mental e Atenção Psicossocial Brasil. Rio de Janeiro, Editora Nau, 2003.
- ANDRADE, L.H.S.G.; LÓLIO, C.A.; GENTIL, V. & LAURENTI, R. Rev. Psig. Clin. 26(5), 1999.
- ANTUNES, E.H. Saúde mental em atenção primária no Estado de São Paulo. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, 1998.

BEZERRA JR, B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, S.A.; Costa, N.R. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 4ª ed., Rio de Janeiro, Editora Vozes – ABRASCO, 1994.

BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo, Editora CEBES / HUCITEC, 1981.

BRASIL – Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Serviços Médicos. A assistência psiquiátrica na Previdência Social. Rio de Janeiro, 1975.

BRASIL – Ministério da Previdência e Assistência Social – Portaria 3.108, de 21 de janeiro de 1982.

BRASIL – Ministério da Previdência e Assistência Social – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Programa de reorientação da assistência psiquiátrica. Brasília, 1983.

BRASIL – Portaria INAMPS / PR / nº 3344, de 23 de julho de 1986.

BRASIL – Ministério da Previdência e Assistência Social
Proposta de Organização para uma rede de atenção médico-psicossocial.
Relatório final do Grupo de Trabalho em Saúde Mental. Brasília, s/d.

BRASIL. Senado Federal. Normas Jurídicas. Constituição Federal de 1988.
Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. 2ª ed., Brasília, 1991.

BRASIL – Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental. Plano de trabalho - 1994. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1994 (a).

BRASIL – Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 1994 (b).

BRASIL – Ministério da Saúde / Coordenação de Saúde Mental. Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Alfredo Schechtman, Domingos Sávio N. Alves, Rosane Correia e Silva), 1995. (Mimeo).

BRASIL – Ministério da Saúde – O sistema público de saúde brasileiro. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. “De volta para casa”. Brasília, 2003

BRASIL – Ministério da Saúde – Secretaria Executiva – Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990 – 2004. 5ª ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2004 (a).

BRASIL. Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. “Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial”. Brasília, 2004 (b).

BRASIL. Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Coordenação Geral de Saúde Mental. Slides de apresentação da política de saúde mental do Ministério da Saúde, Brasília, 2004 (c).

- CAMBRAIA, M. As práticas e processos de trabalho nos ambulatórios de saúde mental. Dissertação (mestrado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 4 (2): 393-403, 1999.
- CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção em saúde. Saúde em Debate, nº 37: 16-19, 1992.
- CAMPOS, G.W.S. Reforma da reforma. São Paulo, Editora Hucitec, 1992.
- CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO,R.; MATTOS,R.A. (org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.
- COHN,A. Caminhos da reforma sanitária. Lua Nova, nº 19, novembro 89.
- COHN, A.; ELIAS, P.E. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 5ª ed. São Paulo, Ed. Cortez: CEDEC, 2003.
- COSTA, J.F. A consciência da doença enquanto consciência do sintoma: a “doença dos nervos” e a identidade psicológica. Cad. IMS; 1(1): 4-44; 1987.
- COSTA. J.F.; BIRMAN, J. Organizações de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (org.) Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1994.
- COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A. YASSUI, S. Atenção psicossocial:rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (coord.) Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro, Editora Nau, 2003.

- COUTINHO, E.S.F.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.J. Rev. Psiq. Clin. 26(5).
- DONNANGELO, M.C.F. Saúde e sociedade. 2ª ed., São Paulo, Livraria Duas Cidades, 1979.
- ELIAS, P.E.M. Das propostas de descentralização da saúde: as dimensões técnica e político-institucional. Tese. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, 1996.
- FERREIRA, A.B.H. Novo dicionário básico da língua portuguesa. Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira – CD-ROM, 2000.
- FOUCAULT, M. Curso realizado no Instituto de Medicina Social da UERJ – 1ª Conferência, p.1. Rio de Janeiro, 1974.
- GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 3ª ed., São Paulo, Editora Atlas, 1991.
- GIORDANO JR, S. A persistência da higiene e a doença mental: contribuição à história das políticas de saúde mental no Estado de São Paulo. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1989.
- GIORDANO JR, S. & PEREIRA, L.M.F. Saúde Mental. In; SCHRAIBER, L.B; NEMES, M.I.B; MENDES-GONÇALVES, R.B. (org.) Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo, Editora Hucitec, 1996.
- GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (org.) Política de saúde: o público e o privado. 2ª ed., Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1996.
- GOLDBERG, J. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. Te Corá Editora: Instituto franco Basaglia, 1994.

- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D; MACHADO, C.V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel da Normas Operacionais Básicas Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):269-291, 2001.
- LUCCHESI, M.; BOLANHO, T.F. et al. Regulação da política de saúde mental do estado de São Paulo. Pôster apresentado no IV Congresso Brasileiro para qualidade de serviços médicos hospitalares – QUALIHOSP, 2001(a).
- LUCCHESI, M. A gestão de unidades de saúde mental em hospitais gerais na grande São Paulo. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2001(b).
- MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO,R.;MATTOS,R.A. (org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado da saúde. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.
- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed., São Paulo / Rio de Janeiro, Editora HUCITEC / ABRASCO, 1993.
- MINAYO, M.C.S.(org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 6ª ed., Rio de Janeiro, Editora Vozes, 1996.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo, Cadernos CEFOR – Textos 1, 1992.

- MERHY,E.E. & CHAKKOUR, M. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY,E.E.; ONOCKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo / Buenos Aires, Editora HUCITEC / Lugar Editorial, 1997.
- NEMES, M.I.B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de Programação. In: SCHRAIBER, L.B.(org.) Programação em saúde hoje. 2ª ed. São Paulo, Editora Hucitec, 1993.
- OMS – OPAS El programa de salud mental de la OPAS/OMS. Washington, 1995.
- OMS – OPAS Relatório sobre a saúde mental no mundo:2001 – Nova concepção, Nova esperança. OMS, 2001.
- PEDUZZI, M. & PALMA, J.J.L. A equipe de saúde. . In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES GONÇAVES, R.B. (org.) Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo, Editora Hucitec, 1996.
- PINHEIRO, L.U.F. A prática psiquiátrica. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Bahia, Salvador, 1980.
- PITTA-HOISEL, A.M. Sobre uma política de saúde mental. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, 1984.
- PITTA, A.M.F. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? J bras Psiq 43(12):647-654, 1994.
- PITTA, A.M.F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A.M.F. (org.) Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo, Editora HUCITEC, 1996.

RESENDE, H. Saúde mental: prioridade de saúde pública? In: A saúde no Brasil.

Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (org). Desinstitucionalização.

São Paulo, Editora HUCITEC, 1990(a).

ROTELLI, F. et.al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org).

Desinstitucionalização. São Paulo, Editora HUCITEC, 1990 (b).

ROTELLI, F. et al. Prevenir a prevenção. In: NICÁCIO, F. (org):

Desinstitucionalização. São Paulo, Editora HUCITEC, 1990(c).

SCHRAIBER, L.B.; MENDES GONÇAVES, R.B. Necessidades de saúde e

Atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES

GONÇAVES, R.B. (org.) Saúde do adulto: programas e ações na unidade

básica. São Paulo, Editora Hucitec, 1996.

SÃO PAULO – Secretaria do Estado de São Paulo / Grupo de Atenção à Saúde

Mental / CADAIS. Manual de procedimentos em supervisão / Hospital

psiquiátrico, 1992.

SÃO PAULO – Secretaria do Estado de São Paulo / CADAIS. Saúde mental,

planejamento e organização de serviços: subsídios para o planejamento

municipal e regional. São Paulo, s/d.

SÃO PAULO – Secretaria de Estado da Saúde - Coordenadoria de Saúde

Mental – Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental. Proposta de trabalho

para equipes multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatórios de

Saúde Mental. São Paulo, 1983.

SÃO PAULO – Secretaria de Estado da Saúde / Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Projeto de ações integradas de saúde mental na zona norte do município de São Paulo, 1985 (mimeo).

SÃO PAULO – Secretaria do Estado de São Paulo / CADAIS / Grupo Técnico de Atenção à Saúde Mental. Relatório de Atividades: quadriênio 91-94, 1994 (mimeo).

SÃO PAULO – Secretaria do Estado de São Paulo. Deliberação CES / SP – 1, de 29 de janeiro de 1998(a).

SÃO PAULO – Secretaria de Estado da Saúde / Direção Regional de Saúde IV / Departamento Psiquiátrico II. Juquery 100 anos: mito, estigma e símbolo de transformação, 1998 (b).

SÃO Paulo – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – Resolução SS 18, de fevereiro de 2001.

SÃO PAULO – Secretaria de Estado da Saúde. Saúde no Estado de São Paulo: compromissos com o cidadão / 1995-2002. São Paulo, 2002.

SÃO PAULO – Secretaria de Estado da Saúde – CPS – Área Técnica de Saúde Mental. Relatório da pontuação do PNASH recebida pelos hospitais psiquiátricos PNASH, 2003 (a).

SÃO Paulo – Secretaria de Estado da Saúde. O papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde, 2003 (b).

SÃO Paulo – Secretaria de Estado da Saúde. Política de Saúde Mental para a infância e adolescência Sistema Único de Saúde, 2003 (c).

- SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. Manual de saúde mental. São Paulo, Editora Hucitec, 1994.
- SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A.M.F. (org.) Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo, Editora HUCITEC, 1996, p. 13-18.
- SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte / Rio de Janeiro. Te Corá Editora / Instituto Franco Basaglia, 1999.
- SCHRAIBER, L.B; NEMES, M.I.B; MENDES-GONÇALVES, R.B. (org.) Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo, Editora Hucitec, 1996.
- SOUZA, M. C. G. Doença dos nervos: uma estratégia de sobrevivência. In: A Saúde no Brasil. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983.
- TRIVIÑOS, A.N. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Editora Atlas, 1987.
- URQUIZA, L.M.F.P. Um tratamento para a loucura: contribuição à emergência da prática psiquiátrica no Estado de São Paulo. Dissertação (mestrado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1991.
- VILAÇA MENDES, E. Os grandes dilemas do SUS. Tomo I, Salvador, Casa da Qualidade, 2001.

Anexo 1 – Rede de Atenção à Saúde Mental

Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial

Ministério da Saúde - Brasília - DF (2004)

Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Serie F. Comunicação e Educação em Saúde

Anexo 2 - Roteiro da Entrevista

Considerando as várias inserções que você teve na elaboração e implementação da política de saúde mental, por favor, responda:

- A) Qual era o contexto político e quais políticas de saúde mental vigentes nos períodos em que você ocupou cargo?
 - Como você avalia essas políticas – as federais e estaduais –, bem como o contexto e os embates teórico-práticos de cada período?

- B) Qual era o teu projeto técnico-político para modificar a lógica de oferta de atenção em saúde mental e redirecionar o modelo?

- C) Como avalia a política de saúde mental prescrita para o país e seu desdobramento no estado de São Paulo?
 - Especialmente as PT para financiar serviços.

- D) Como você avalia a implementação das diretrizes do SUS, referido à área de saúde mental, em São Paulo?
 - Como é a rede de saúde mental no município de São Paulo?

- E) No seu entendimento, qual o papel do Estado como gestor pleno do sistema na área de saúde mental?

Anexo 3 - Termo de Consentimento

Fui informado dos objetivos da pesquisa sobre “Política de saúde mental no estado de São Paulo: o cenário das mudanças ocorridas entre 1990 e 2003”, bem como da garantia de anonimato das entrevistas. Consinto no uso do material da entrevista com a finalidade de reconstrução histórica do período em questão, guardado o direito de declinar sobre o uso da entrevista, dentro do prazo de um mês, após tê-la concedida.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Marisa Cambraia

Anexo 4 - Organograma da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

O Centro de Referência de Saúde da Mulher, Nutrição e Alimentação Infantil – CRSMNADI / Hospital Pérola Byington era uma 7ª Coordenadoria, embora não conste do organograma da SES e a despeito de todos os demais hospitais próprios possuírem uma estrutura de Divisão. Em 2001 ele passou a ser um Centro de Referência da Saúde da Mulher e sua estrutura anterior foi usada para criar a Coordenadoria de Contratação de Serviços, “responsável pelo planejamento, contratação, avaliação e acompanhamento dos resultados dos hospitais públicos geridos por Organizações Sociais [OS], em parceria com o Governo do Estado, por meio de contrato de gestão” (SÃO PAULO, 2002:226).

Anexo 5 - Total de hospitais psiquiátricos e de leitos existentes e SUS do Estado de São Paulo, por DIR e município, avaliados pelo PNASH / Psiquiatria, 2002

					% final
			leitos	leitos	PNASH
Município	DIR	HOSPITAL	exist	SUS	2002
SAO PAULO	DIR I	CASA DE SAUDE NOSSA SENHORA DE FATIMA	177	120	89,92
SAO PAULO	DIR I	Associação dos Amigos do Charcot - CNPJ 05664948000165	221	221	60,73
SAO PAULO	DIR I	HOSPITAL PSIQUIATRICO PINEL	126	126	69,65
SAO PAULO	DIR I	HOSPITAL VERA CRUZ LTDA	436	408	70,32
SAO PAULO	DIR I	IRM STA CASA MIS S PAULO FAC C MED S CASA HOSP UNIV MEC MPAS	98	98	80,18
SAO PAULO	DIR I	SES HOSP. CLINICAS FAC.MED.USP. - HOSP.UNIVERSITARIO	40	197	74,53
SAO PAULO	DIR I	SES/SP-HOSP.PSIQU.DA AGUA FUNDA	130	130	72,84
SÃO PAULO	DIR I	CONGR. IRMAS HOSP. SGDO CORACAO DE JESUS	144	140	84,72
SÃO PAULO	DIR I	Sanatório João Evangelista*	60	36	-
Total /Capital			1432	1476	
SAO BERNARDO	DIR II	CENTRO PSIQUIATRICO DE SAO BERNARDO DO CAMPO SC LTDA	345	337	65,55
Total			345	337	
FRANCO DA ROCHA	DIR IV	SES/SP-DEPART.PSQ.II-FRANCO DA ROCHA	1178	2612	67,73
Total			1178	2612	
OSASCO	DIR V	ASSSISTENCIA VICENTINA DE SAO PAULO	70	103	71,37
Total			70	103	
Sub total			1593	3052	
Grande São Paulo			3025	4528	

ARACATUBA	DIR VI	ASSOCIACAO DAS SRAS CRISTAS SANATORIO BENEDITA FERNANDES	158	150	71,05
BIRIGUI	DIR VI	HOSPITAL FELICIO LUCHINI	112	89	72,62
PENAPOLIS	DIR VI	HOSPITAL ESPIRITA JOAO MARCHE	78	78	69,87
Total			348	317	
ARARAQUARA	DIR VII	HOSPITAL PSIQUIATRICO ESPIRITA CAIBAR SCHUTEL	200	200	71,22
S.RITA PASSA QUATRO	DIR VII	HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA RITA PASSA QUATRO	450	450	74,01
Total			650	650	
OURINHOS	DIR VIII	SOC. STA CASA DE MIS. OURINHOS / HOSP. SAUDE MENTAL OURINHOS	123	120	78,96
Total			123	120	
BARRETOS	DIR IX	HOSPITAL PSIQUIATRICO VALE DO RIO GRANDE LTDA	119	119	61,33
Total			119	119	
BAURU	DIR X	SOCIEDADE BENEFICENTE CRISTA	250	500	64,90
JAU	DIR X	ASSOCIACAO HOSPITALAR THEREZA PERLATTI DE JAU	284	110	70,42
LINS	DRI X	SPSES - HOSPITAL CLEMENTE FERREIRA	230	380	74,63
Total			764	990	
BOTUCATU	DIR XI	SAO PAULO-SECR. SAUDE - HOSP. PROF. CANTIDIO MOURA CAMPOS	180	180	72,04
Total			180	180	
AMERICANA	DIR XII	SEARA SANAT ESP DE ASSIT E RECUP DE AMERICANA HOSP PSQ BENEF	140	140	66,53
AMPARO	DIR XII	SANATORIO ISMAEL	303	303	69,64
CAMPINAS	DIR XII	SANATORIO DR CANDIDO FERREIRA	148	148	69,30
INDAIATUBA	DIR XII	CLINICA DE REPOUSO INDAIA LTDA	234	234	69,85
Total			825	825	
FRANCA	DIR XIII	FUNDACAO ESPIRITA ALLAN KARDEC	191	191	66,84
Total			191	191	

ADAMANTINA	DIR XIV	CLINICA DE REPOUSO NOSSO LAR	152	152	82,65
GARCA	DIR XIV	ASSOCIACAO BENEFICIENTE ESPIRITA DE GARCA	200	180	81,59
GARCA	DIR XIV	IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA HOSPITAL SAO LUCAS	76	76	76,79
MARILIA	DIR XIV	HOSPITAL ESPIRITA DE MARILIA	280	260	73,09
TUPA	DIR XIV	CLINICA DE REPOUSO DOM BOSCO SOCIEDADE CIVIL LIMITADA	240	198	72,20
TUPA	DIR XIV	SOCIEDADE CIVIL DE ASSISTENCIA MEDICA SOCIAM LTDA	240	235	73,48
Total			1188	1101	
ARARAS	DIR XV	CLINICA ANTONIO LUIZ SAYAO ACOMPANHAMENTO PSIQUIATRICO	865	728	63,33
RIO CLARO	DIR XV	CASA DE SAUDE BEZERRA DE MENEZES	214	1 96	71,40
Total			1079	924	
PIRAPOZINHO	DIR XVI	HOSPITAL SANTA MARIA DE PIRAPOZINHO SC LTDA	59	59	67,42
PRES.PRUDENTE	DIR XVI	ASSOC REG ESP ASSIST 25 REGIAO SANATORIO ALLAN KARDEC	75	62	77,43
PRES.PRUDENTE	DIR XVI	ASSOCIACAO ASSISTENCIAL ADOLPHO BEZERRA DE MENEZES	380	293	82,57
PRES.PRUDENTE	DIR XVI	SANATORIO SAO JOAO LTDA	316	301	64,87
Total			830	715	
RIBEIRAO PRETO	DIR XVIII	HOSPITAL PSIQUIATRICO DE RIBEIRAO PRETO HOSP SANTA TEREZA	292	340	70,74
Total			292	340	
CASA BRANCA	DIR XX	CENTRO DE REABILITACAO DE CASA BRANCA	400	633	71,03
ESP. STO PINHAL	DIR XX	CLINICA DE REPOUSO SANTA ROSA LTDA SOC CIVIL	69	50	77,89
ESP. STO PINHAL	DIR XX	SANATORIO BEZERRA DE MENEZES (ASSOC ESP VICENTE DE PAULO)	392	330	73,89
ITAPIRA	DIR XX	CLINICA DE REPOUSO DE ITAPIRA SC LTDA	589	520	78,68
ITAPIRA	DIR XX	FUNDACAO ESPIRITA AMERICO BAIRRAL	820	511	81,74
Total			2270	2044	
S. JOSE CAMPOS	DIR XXI	ASSOCIACAO INSTITUTO CHUI DE PSIQUIATRIA	180	164	61,00
S. JOSE CAMPOS	DIR XXI	CENTRO VALORIZACAO DA VIDA CLINICA REPOUSO FRANCISCA JULIA	153	160	61,72
Total			333	324	

CATANDUVA	DIR XXII	HOSPITAL PSIQUIATRICO ESPIRITA MAHATMA GANDHI	146	146	69,79
NOVA GRANADA	DIR XXII	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE NOVA GRANADA	174	174	63,90
S. J. RIO PRETO	DIR XXII	DR ADOLFO BEZERRA DE MENEZES	211	197	73,30
Total			531	517	
PIEDADE	DIR XXIII	HOSPITAL PSIQUIATRICO VALE DAS HORTENCIAS	514	504	79,84
SALTO DE PIRAPORA	DIR XXIII	CLINICA PSIQUIATRICA SALTO DE PIRAPORA	425	425	69,00
SALTO DE PIRAPORA	DIR XXIII	HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA CRUZ SC LTDA	576	576	71,42
SOROCABA	DIR XXIII	ASSOCIACAO PROTETORA DOS INSANOS DE SOROCABA	299	287	76,49
SOROCABA	DIR XXIII	HOSPITAL PSIQUIATRICO VERA CRUZ S/C LTDA	558	558	64,04
SOROCABA	DIR XXIII	INSTITUTO PSIQUIATRICO PROFESSOR ANDRE TEIXEIRA LIMA LTDA	297	291	70,50
SOROCABA	DIR XXIII	MENTAL MEDICINA ESPECIALIZADA SC LTDA	420	397	68,99
Total			3089	3038	
Sub total Interior			12812	12395	
TOTAIS: 58 hospitais			15837	16923	

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental / CPS / SES-SP, junho de 2003

* Os leitos do Sanatório João Evangelista foram contratados pela Secretaria de Saúde do Município depois do PNASH

Anexo 6

Classificação dos Hospitais apurada pelos indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH / Psiquiatria em 2002.

Classe	Pontuação PNASH	Município	DIR	HOSPITAL	Leitos SUS	% Final PNASH 2002	Nº HP
Classe II / Valor Diária: R\$ 29,69							
Classe II	61 - 80%	ESP. STO PINHAL	DIR XX	CLINICA DE REPOUSO SANTA ROSA LTDA SOC CIVIL	50	77,89	1
		PRES.PRUDENTE	DIR XVI	ASSOC REG ESP ASSIST 25 REGIAO SANATORIO ALLAN KARDEC	62	77,43	2
		GARÇA	DIR XIV	IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA HOSPITAL SAO LUCAS	76	76,79	3
		BIRIGUI	DIR VI	HOSPITAL FELICIO LUCHINI	89	72,62	4
		PENAPOLIS	DIR VI	HOSPITAL ESPIRITA JOAO MARCHE	78	69,87	5
		PIRAPOZINHO	DIR XVI	HOSPITAL SANTA MARIA DE PIRAPOZINHO SC LTDA	59	67,42	6
81 -120	81 – 100%	SÃO PAULO	DIR I	CASA DE SAUDE NOSSA SENHORA DE FATIMA	120	89,92	7
Classe III / Valor Diária: R\$ 29,09							
Classe III	61 – 80%	SÃO PAULO	DIR I	IRM STA CASA MIS S PAULO FAC C MED S CASA HOSP UNIV MEC MPAS	98	80,18	1
		OURINHOS	DIR VIII	SOC. STA CASA DE MIS. OURINHOS / HOSP. SAUDE MENTAL OURINHOS	120	78,96	2
		OSASCO	DIR V	ASSSISTENCIA VICENTINA DE SAO PAULO	103	71,37	3
		JAU	DIR X	ASSOCIACAO HOSPITALAR THEREZA PERLATTI DE JAU	110	70,42	4
		BARRETOS	DIR IX	HOSPITAL PSIQUIATRICO VALE DO RIO GRANDE LTDA	119	61,33	5
Classe III	81 – 100%	SÃO PAULO	DIR I	CONGR. IRMAS HOSP. SGDO CORACAO DE JESUS	140	84,72	6
		ADAMANTINA	DIR XIV	CLINICA DE REPOUSO NOSSO LAR	152	82,65	7

Classe IV / Valor Diária: R\$ 28,48

Classe IV	81 – 100%	GARÇA	DIR XIV	ASSOCIACAO BENEFICIENTE ESPIRITA DE GARÇA	180	81,59	1
Classe IV	61 – 80%	SÃO PAULO	DIR I	SES/SP-HOSP.PSIQU.DA AGUA FUNDA	130	72,84	2
		ARACATUBA	DIR VI	ASSOCIACAO DAS SRAS CRISTAS SANATORIO BENEDITA FERNANDES	150	71,05	3
		CATANDUVA	DIR XXII	HOSPITAL PSIQUIATRICO ESPIRITA MAHATMA GANDHI	146	69,79	4
		SÃO PAULO	DIR I	HOSPITAL PSIQUIATRICO PINEL	126	69,65	5
		AMERICANA	DIR XII	SEARA SANAT ESP DE ASSIT E RECUP DE AMERICANA HOSP PSQ BENEF	140	66,53	6
		CAMPINAS	DIR XII	SANATORIO DR CANDIDO FERREIRA	148	69,30	7
		S. JOSE CAMPOS	DIR XXI	CENTRO VALORIZACAO DA VIDA CLINICA REPOUSO FRANCISCA JULIA	160	61,72	8

Classe V / Valor Diária: R\$ 27,16

Classe V	61 – 80%	SÃO PAULO	DIR I	SES HOSP. CLINICAS FAC.MED.USP. - HOSP.UNIVERSITARIO	197	74,53	1
		S. J. RIO PRETO	DIR XXII	DR ADOLFO BEZERRA DE MENEZES	197	73,30	2
		TUPA	DIR XIV	CLINICA DE REPOUSO DOM BOSCO SOCIEDADE CIVIL LIMITADA	198	72,20	3
		BOTUCATU	DIR XI	SAO PAULO-SECR. SAUDE - HOSP. PROF. CANTIDIO MOURA CAMPOS	180	72,04	4
		RIO CLARO	DIR XV	CASA DE SAUDE BEZERRA DE MENEZES	196	71,40	5
		ARARAQUARA	DIR VII	HOSPITAL PSIQUIATRICO ESPIRITA CAIBAR SCHUTEL	200	71,22	6
		FRANCA	DIR XIII	FUNDACAO ESPIRITA ALLAN KARDEC	191	66,84	7
		NOVA GRANADA	DIR XXII	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE NOVA GRANADA	174	63,90	8
		S. JOSE CAMPOS	DIR XXI	ASSOCIACAO INSTITUTO CHUI DE PSIQUIATRIA	164	61,00	9

Classe VI / Valor Diária: R\$ 26,86

Classe VI	61 – 80%	INDAIATUBA	DIR XII	CLINICA DE REPOUSO INDAIA LTDA	234	69,85	1
		SÃO PAULO	DIR I	Associação dos Amigos do Charcot - CNPJ 05664948000165	221	60,73	2
Classe VI	81 – 100%	PRES.PRUDENTE	DIR XVI	ASSOCIACAO ASSISTENCIAL ADOLPHO BEZERRA DE MENEZES	293	82,57	3

Classe VII / Valor Diária: R\$ 26,56

Classe VII	61 – 80%	SOROCABA	DIR XXIII	ASSOCIACAO PROTETORA DOS INSANOS DE SOROCABA	287	76,49	1
------------	----------	----------	-----------	--	-----	-------	---

		LINS	DRI X	SPSES - HOSPITAL CLEMENTE FERREIRA	380	74,63	2
		ESP. STO PINHAL	DIR XX	SANATORIO BEZERRA DE MENEZES (ASSOC ESP VICENTE DE PAULO)	330	73,89	3
		TUPA	DIR XIV	SOCIEDADE CIVIL DE ASSISTENCIA MEDICA SOCIAM LTDA	235	73,48	4
		MARILIA	DIR XIV	HOSPITAL ESPIRITA DE MARILIA	260	73,09	5
		RIBEIRAO PRETO	DIR XVIII	HOSPITAL PSIQUIATRICO DE RIBEIRAO PRETO HOSP SANTA TEREZA	340	70,74	6
		SOROCABA	DIR XXIII	INSTITUTO PSIQUIATRICO PROFESSOR ANDRE TEIXEIRA LIMA LTDA	291	70,50	7
		AMPARO	DIR XII	SANATORIO ISMAEL	303	69,64	8
		SOROCABA	DIR XXIII	MENTAL MEDICINA ESPECIALIZADA SC LTDA	397	68,99	9
		PRES.PRUDENTE	DIR XVI	SANATORIO SAO JOAO LTDA	301	64,87	10
		SAO BERNARDO	DIR II	CENTRO PSIQUIATRICO DE SAO BERNARDO DO CAMPO SC LTDA	337	65,55	11
Classe VII	81 – 100%	ITAPIRA	DIR XX	FUNDACAO ESPIRITA AMERICO BAIRRAL	511	81,74	12
Classe VIII / Valor Diária: R\$ 26,28							
Classe VIII	61 – 80%	PIEDADE	DIR XXIII	HOSPITAL PSIQUIATRICO VALE DAS HORTENCIAS	504	79,84	1
		ITAPIRA	DIR XX	CLINICA DE REPOUSO DE ITAPIRA SC LTDA	520	78,68	2
		S.RITA PASSA QUATRO	DIR VII	HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA RITA PASSA QUATRO	450	74,01	3
		SALTO DE PIRAPORA	DIR XXIII	HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA CRUZ SC LTDA	576	71,42	4
		CASA BRANCA	DIR XX	CENTRO DE REABILITACAO DE CASA BRANCA	633	71,03	5
		SAO PAULO	DIR I	HOSPITAL VERA CRUZ LTDA	408	70,32	6
		SALTO DE PIRAPORA	DIR XXIII	CLINICA PSIQUIATRICA SALTO DE PIRAPORA	425	69,00	7
		FRANCO DA ROCHA**	DIR IV	SES/SP-DEPART.PSQ.II-FRANCO DA ROCHA**	2612	67,73	8
		BAURU	DIR X	SOCIEDADE BENEFICENTE CRISTA	500	64,90	9
		SOROCABA	DIR XXIII	HOSPITAL PSIQUIATRICO VERA CRUZ S/C LTDA	558	64,04	10
		ARARAS	DIR XV	CLINICA ANTONIO LUIZ SAYAO ACOMPANHAMENTO PSIQUIATRICO	728	63,33	11

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental / CPS / SES-SP, junho de 2003

** Em setembro de 2004 o Juqueri tinha 1.058 leitos operacionais e 1.200 cadastrados, segundo consulta feita junto ao hospital.

Anexo 7 – Ficha para solicitação de internação

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Coordenadoria X – DIR Y

FICHA DE SOLICITAÇÃO PARA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DADOS DA UNIDADE SOLICITANTE

1. Nome do paciente:		2. Nasc:	
4. Nº Doc:	5. Tipo:	3. Sexo:	M F
6. Mãe:		7. Status trabalhista:	Ativo Inativo
8. Endereço:		Sem residência fixa	
9. Bairro:		10. Cidade:	
11. Acompanhante (nome):		12. Tel:	
13. Chegada à unidade solicitante:		polícia	pré-hosp. transferido outro
14. Hora:		15. Unidade solicitante:	
16. Funcionário:			

DADOS SOBRE A UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS E INFORMAÇÕES CLÍNICAS

17. Idade de início da doença psiquiátrica:		18. Nº de internações pq anteriores:	
19. Tempo sem uso regular de medicação:		20. Ano da última internação pq:	
21. Faz seguimento extra-hospitalar:		S	N
22. Continência sócio-familiar:		S	N
23. Nível de consciência:		☐ Vigil	☐ Obnubilado
24. Tentativa/risco de suicídio:		S	N
25. Episódio/risco de heteroagressividade:		S	N
26. Agitação psicomotora:		S	N
27. Quadro delirante/alucinações:		S	N
28. Paciente em contenção física:		S	N
29. Catatonia/hegativismo importante:		S	N
30. Presença de patologia orgânica concomitante:		S	N
31. Qual:			
32. Hipótese Diagnóstica 1 (CID 10):		33. Hipótese Diagnóstica 2 (CID 10):	

(O preenchimento do 3º dígito numérico é obrigatório do F10 ao F19)

34. OBSERVAÇÕES:

35. Internação:	Voluntária	Involuntária	Data:	Hora:	36. CARIMBO
Assinatura					(nome e CRM):

CONCLUSÃO (uso exclusivo da central)

37. Não pertinente: ☐		38. Contra-referência:	
40. Vaga cedida: ☐		41. Hora:	
42. Unidade de Destino:		43. SENHA:	
43. Nº leito:		44. Médico regulador:	
45. Chegada na UD (hora):		46. Cancelada motivo:	
47. Funcionário da Central:			

Anexo 8 – Distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial existentes no Estado de São Paulo, por Direção Regional de Saúde e por município.

DIR I – CAPITAL – 35 CAPS

4 CAPS I

13 CAPS II

1 CAPS III (ainda não funciona como CAPS III)

10 CAPS ad II (1 não quis o credenciamento)

7 CAPS i II

CAPS I

4 HD de São Mateus, H D Butantã, HD Largo 13, HD Vila Prudente

CAPS II

5 ASM,: ASM Perdizes, ASM Itaquera, ASM Mandaqui,, ASM Jaçanã, ASM Brasilândia

6 HD: HD Jd Lúdia, HD Ermelino Matarazzo, HD S. M. Paulista, HD Lapa, HD Itaim Bibi, HD Pirituba

2 AE: AE Paulista, AE Sapopemba,

CAPS III

Centro de Atenção Psicossocial Luís da Rocha Cerqueira

CAPS ad II

CRATOD, PROSAM, CR Santo Amaro, CR Jabaquara/ Vila Mariana, UBS Jardim Nélia, CR Sé, CR Casa Azul, UBS Americanópolis, Unidade de Referência de Fármaco-dependência Santana, Jardim Ângela)

CAPS i II

4 HD Santana, Santo Amaro, Mooca, Vila Prudente

2 Cria: Itaquera, Jabaquara

1 ASM Santo Amaro

DIR II – SANTO ANDRÉ – 4 CAPS

1 CAPS II

1 CAPS III

1 CAPS ad II

SANTO ANDRÉ

–1 CAPS II

–1 CAPS III

–1 CAPS ad II

DIADEMA

–1 CAPS ad II

DIR III - MOGI DAS CRUZES – 2 CAPS

1 CAPS II

1 CAPS ad II

GUARULHOS

– 1 CAPS II

– 1 CAPS ad II

DIR IV – FRANCO DA ROCHA – 1 CAPS II

FRANCISCO MORATO – 1 CAPS II

DIR V – OSASCO – 4 CAPS

1 CAPS II

2 CAPS ad II

1 CAPS i II

CARAPICUÍBA – CAPS ad II

EMBÚ DAS ARTES – CAPSII

BARUERI – CAPS ad II

SANTANA DO PARNAÍBA – CAPS i II

DIR VI – ARAÇATUBA - 1 CAPS II

PENÁPOLIS – 1 CAPS II

DIR VII – ARARAQUARA – 5 CAPS II

ARARAQUARA – CAPS II

SANTA RITA – CAPS II

TAQUARITINGA – CAPS II

SÃO CARLOS – CAPS II

MATÃO – CAPS II

DIR VIII – ASSIS – 6 CAPS

5 CAPS I

1 CAPS II

ASSIS – 1 CAPS II

CÂNDIDO MOTA – 1 CAPS I

PARAQUAÇU PAULISTA – 1 CAPS I

MARACAI – 1 CAPS I

SANTA CRUZ DO RIO PARDO – 1CAPS I

TARUMÃ – 1 CAPS I

DIR IX – BARRETOS - 1 CAPS I

BARRETOS - 1 CAPS I

DIR X – BAURU – 4 CAPS

2 CAPS I

1 CAPS ad II

1 CAPS i II

BAURU - CAPS I
 - CAP ad II
 - CAPS i II

LINS - CAPS I

DIR XI – BOTUCATU – 1 CAPS II

BOTUCATU - 1 CAPS II

DIR XII – CAMPINAS – 17 CAPS

7 CAPS I
1 CAPS II
5 CAPS III
2 CAPS ad II
2 CAPS i II

AMERICANA -1CAPS I

AMPARO -1 CAPS I

CAMPINAS -1CAPS I
 -1 CAPS II
 -4 CAPS III
 -1 CAPS ad II
 -1 CAPS i II

INDAIATUBA -1 CAPS i II

ITUPEVA -1 CAPS I

JUNDIAÍ -1 CAPS III
 -1 CAPS ad II

PEDREIRA -1CAPS I

SOCORRO -1 CAPS I

VINHEDO -1 CAPS I

DIR XIII – FRANCA – 1 CAPS ad II

FRANCA - 1 CAPS ad II

DIR XIV – MARILIA – 3 CAPS

2 CAPS I

1 CAPS ad II

MARÍLIA

–1CAPS I

–1CAPS ad II

POMPÉIA

–1CAPS I

DIR XV – PIRACICABA – 5 CAPS

1 CAPS I

2 CAPS II

1 CAPS III

CAPIVARI

–1CAPS II

PIRACICABA

–1CAPS II

PIRASSUNUNGA

–1CAPS I

RIO CLARO

–1CAPS III

– 1 CAPS ad II

DIR XVI- PRESIDENTE PRUDENTE – 3 CAPS

2 CAPS I

1 CAPS ad II

DRACENA

–1CAPS ad II

MARTINÓPOLIS

–1CAPS I

PRESIDENTE VENCESLAU

–1CAPS I

DIR XVIII RIBEIRÃO PRETO – 2 CAPS

Ribeirão Preto

– 1 CAPS II

– 1 CAPS ad II

DIR XIX – SANTOS - 13 CAPS

6 CAPS II

5 CAPS III

2 CAPS ad II

CUBATÃO

– 1 CAPS II

GUARUJÁ

– 1 CAPS II

– 1 CAPS ad II

ITANHAÉM

– 1 CAPS II

PRAIA GRANDE

– 1 CAPS II

SANTOS – 5 CAPS III
– 1 CAPS ad II

SÃO VICENTE – 2 CAPS II

DIR XX – SÃO JOÃO DA BOA VISTA – 2 CAPS

1 CAPS I
1 CAPS III

SÃO JOSÉ DO RIO PARDO – 1 CAPS I
CASA BRANCA – 1 CAPS III

DIR- XXI – SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – 9 CAPS

4 CAPS I
2 CAPS II
2 CAPS ad II
1 CAPS i II

CARAGUATATUBA – 1 CAPS II

ILHA BELA – 1 CAPS I

JACAREÍ – 1 CAPS II
– 1 CAPS ad II

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – 1 CAPS I
– 1 CAPS ad II
– 1 CAPS i II

SÃO SEBASTIÃO – 1 CAPS II

UBATUBA – 1 CAPS II

DIR XXII- SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – 3 CAPS

1 CAPS I
1 CAPS II
1 CAPS ad

FERNANDÓPOLIS – 1 CAPS I

NOVO HORIZONTE – 1 CAPS II

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – 1 CAPS ad II

DIR XXIII – SOROCABA – 6 CAPS

4 CAPS II
1 CAPS ad II
1 CAPS i II

ITAPETININGA – CAPSII
 – CAPS ad II

ITU –1 CAPS II

SOROCABA –1 CAPS II
 –1 CAPS i II

VOTORANTIM –1 CAPS II

TOTAL DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DE SÃO PAULO

CAPS	CAPITAL	GRANDE SÃO PAULO	INTERIOR	TOTAL
CAPS I	4	–	26	30
CAPS II	13	4	25	42
CAPS III	1	1	12	14
CAPS ad II	10	5	13	28
CAPS i II	7	1	4	12
TOTAL	35	11	80	126

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde / Coordenadoria de Planejamento de Saúde / Área Técnica de Saúde Mental
São Paulo. setembro de 2004