Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

**Avanços e recuos na implantação da Rede de Atenção Psicossocial no
Estado de São Paulo: regiões de saúde e pactuações interfederativas**

Alina Zoqui de Freitas Cayres

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para a obtenção de título
de Doutor Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Saúde, Ciclos de Vida e
Condições Sociais

Orientador Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis

Versão Revisada

SÃO PAULO

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

CAYRES, Alina Zoqui de Freitas

Avanços e recuos na implantação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado de São Paulo: regiões de saúde e pactuações interfederativas / Alina Zoqui de Freitas CAYRES; orientador Alberto Olavo Advincula REIS. -- São Paulo, 2020.

256 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2020.

1. saúde mental. 2. redes de saúde. 3. atenção psicossocial. 4. reforma psiquiátrica. I. REIS, Alberto Olavo Advincula, orient. II. Título.

*À Alice, que com sua vivacidade e avidez inspira muita cor e melodia
para encantar minha vida. Lembra-me da necessidade de trazer mais
alegria e leveza a tudo que faço.*

*À Clara, sua delicadeza, profundidade e grande senso de justiça
emanam os pensamentos e afetos mais nobres. Evoca-me à ética e à
responsabilidade que deve me nortear ao longo da vida.*

*Ser mãe de vocês é um imenso orgulho e privilégio! A experiência
mais impar, rica, colorida e profunda que pesquisa alguma é capaz de
explicar! Meus amores sem fim!*

AGRADECIMENTOS

Tempo, memória e confiança foram as palavras que frequentemente me atravessaram ao longo da feitura desse trabalho.

O tempo que falta, o tempo que passa, o tempo que atrasa, o tempo que deixa para trás, o tempo que renuncia, o tempo que se priva. O tempo contado das vezes em que precisei de foco e fui alertada do que estava deixando de lado. Chegou até em forma de uma lista de 20 itens feita pela caçula, ainda com 6 anos, de tudo que deveria e não deveria fazer com minhas filhas no término desse processo, incluindo, claro, o item 19 “não escrever doutorado”. E a primogênita que emendou no argumento para que eu não inventasse mais nada até a adolescência dela, afinal, precisava curtir o tempo que restava da infância delas.

A negociação desse tempo foi desafiador e sacrificado para quem esteve por perto. Principalmente a família. Agradeço imensamente às minhas maiores companheiras nesse processo, Clara e Alice, que tiveram toda a paciência do mundo com essa mãe atarantada, pelas inúmeras horas à frente do computador, os excessos de trabalho, as ausências, os atrasos, os esquecimentos, as impaciências, os desesperos. Na mãe real que eu consegui ser e estar. Com o pai de vocês, Alexandre Chafran de Bellis, que generoso, solidário e paciente, foi também muito parceiro nessa jornada. Ele ainda acumulou a árdua tarefa de me ajudar em toda a revisão do trabalho, inclusive conceitual, contando com o que acumula de sua admirável jornada pessoal e profissional.

À minha mãe que sempre se desdobrou para nos deixar bem e me quebrou os maiores galhos, muitas vezes driblando um corpo já cansado pelo passar do tempo. Pude contar muito com ela.

Aos amigos e familiares pela ausência e os tempos prolongadamente reclusos para dar conta dessa empreitada.

Esse tempo de escrita permaneceu associado ao desejo de resgatar a memória de outros tempos e momentos para que ela não se apagasse com a passagem dos anos. Esse estudo foi tecido por meio daquelas memórias escondidas nas poeiras das publicações pouco lidas na biblioteca ou dos *.pdfs sem fim de artigos, numa fila enorme para serem lidos. E, garanto, não foram todos que consegui ler, como gostaria de ter feito. Também inclui aquela memória dos dígitos que ficam perdidos na infinidade dos sistemas e bancos de dados, apostando se alguém desvendará o enigma de sua esfinge. Que sempre depende de uma dada interpretação.

Tempo entrecortado à agitação dos ruídos da vida. E esses últimos anos, confesso, foram um tanto quanto tensos, pesados, agitados e dispersos no plano coletivo da política. Tensionado com a chegada de uma pandemia inimaginável. No desgaste desses momentos, me exigiu uma dura concentração.

E, por fim, a confiança e a troca de afetos que permeou essa pesquisa. Sem esses elementos, ela seria impossível de ser concretizada.

A começar pelo grupo que me acolheu numa irmandade que senti em raros momentos da vida. No começo cheguei para pesquisa-lo e espero continuar nele, agora certamente pelo afeto e as amizades conquistadas. A produção dos dados de uma pesquisa muda muito com esse qualitativo. Talvez se perca um pouco da neutralidade, mas se ganha na profundidade. Não tenho como agradecer por essa experiência única. A gratidão será eterna à principalmente Rosângela Elias, por toda a confiança e apoio incondicional a essa pesquisa, conjuntamente a Roxane Coutinho Alencar, Maria Ermínia Ciliberti, Kátia Paiva, Elaine Gianotti, Eliana Ribeiro, Sueli Valim, Neil Boaretti, Regina Bichaff (que esteve numa parte dos encontros e na área técnica onde trabalho, com nossas ótimas conversas) e a Thais Soboslai e a Taia Duarte Mota (quando representavam a instância federal). Com esse grupo aprendi muito sobre a política de saúde mental e os pactos federativos.

Da área técnica de saúde mental da SES acrescento a Carla Cristina do Nascimento, Krysantho Muniz, Ana Carolina Pegoraro Martins, Eduardo Tischer, Mirsa Dellosi (quando nos brindou na SES por um tempo com sua companhia), Nubia Elias, Joelmara Suzan e o grupo de articuladores regionais de saúde mental.

À equipe do NTH da SES, Vanderlei Camargo Freitas, nosso coordenador, junto aos apoiadores Elania Maria Ferreira e Ferreira, Cleusa Abreu, Joaquim da Glória, Cristiane Marchiori, Naara Raymundo e articuladores de humanização. E anteriormente, à Eliana Ribas, nossa antiga coordenadora. Essa área técnica que estou alocada me apoiou na trajetória dessa pesquisa e manteve a abertura e o incentivo à minha aproximação com a Assessoria Técnica de Saúde Mental.

Aos professores Roberto Tykanori Kinoshita, Silvio Yasui e Marilia Louvison convidados para diferentes etapas desse processo e que aceitaram tão generosamente essa empreitada, me oferecendo valiosas observações e recomendações. Toda a amarração, os recortes do trabalho e o tom melhorado no texto, porque os processos de expressão da escrita nem sempre condizem com o que queremos transmitir, só foram possíveis à partir dessas contribuições.

E, por fim, ao meu querido orientador Alberto Olavo Advincula Reis, que há anos acompanha meu percurso, me incentivando, acolhendo minhas inquietações, oferecendo tempo, conhecimento e liberdade, tão essenciais a esse processo.

Sem essas diferentes presenças e apoios que recebi dessa forma sempre solidária e voluntária, esse trabalho jamais existiria. Gratidão!

“(...) uma coisa permanecerá: a relação do homem com seus fantasmas, com seu impossível, com sua dor sem corpo, com sua carcaça da noite; uma vez o patológico posto fora de circuito, a sombria pertença do homem à loucura será a memória sem idade de um mal apagado em sua forma de doença, mas obstinando-se como desgraça. Para dizer a verdade, essa ideia supõe inalterável o que, sem dúvida, é o mais precário, muito mais precário do que as constâncias do patológico: a relação de uma cultura com aquilo mesmo que ela exclui, e mais precisamente a relação da nossa com essa verdade de si mesma, longínqua e inversa, que ela descobre e recobre na folia.”

*Michel Foucault
A Loucura, a Ausência da Obra (1964)*

Avanços e recuos na implantação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado de São Paulo: regiões de saúde e pactuações interfederativas

Alina Zoqui de Freitas Cayres

Resumo

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde o Pacto pela Saúde, em 2006, passou oficialmente a organizar as ações e serviços de saúde de forma regionalizada, indicar as responsabilidades de cada ente federado e a legitimar ações pactuadas em instâncias colegiadas deliberativas. As regiões de saúde foram constituídas de acordo com a disponibilidade de serviços da atenção básica à média e alta complexidade em uma demarcação geográfica que envolve dado agrupamento de municípios que necessitam desses serviços. A garantia da atenção psicossocial e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi indicada como prioridade e uma das condições para a constituição dessas regiões. Sua função é disponibilizar acesso e organizar ofertas de atendimento às pessoas em sofrimento psíquico, por meio de diferentes modalidades e níveis de complexidade. Na proposta de rede é necessária a elaboração coletiva de um plano de ação regional que deve ser discutido e pactuado em espaços colegiados consultivos e deliberativos de instâncias locais, regionais e estaduais. A partir desses processos, o estudo analisou os avanços e recuos na implantação da RAPS no Estado de São Paulo, em termos das regiões de saúde e das pactuações interfederativas, por meio do Grupo Condutor Estadual (GCE). Trata-se de pesquisa qualitativa, embora tenha realizado levantamento de normativas e dados quantitativos em bases públicas, para subsidiar as discussões da pesquisa. Foram 3 processos de coleta de dados: 1) Acesso a dados em fontes públicas, normas, portarias e documentos oficiais referentes às políticas públicas de Saúde Mental; 2) Consulta a documentos produzidos no GCE; 3) Entrevistas semiestruturadas com membros do GCE (sobre os dados levantados e ações do grupo). Os dados indicaram que há diferenças entre as regiões do Estado de São Paulo, onde a associação de uma maior ou menor cobertura da Atenção Básica e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de uma região pode relacionar-se com a frequência das internações em psiquiatria realizadas ou recebidas nessa mesma região. É possível que esse fenômeno esteja ligado a uma lógica de funcionamento mais ou menos médico-centrada e hospitalocêntrica (principalmente em regiões com hospitais psiquiátricos), geralmente associado com uma história regional pregressa. Assim como, por conta dessa história, a RAPS paulista convive com a presença de alguns serviços que não se enquadram aos pontos de atenção previstos e às vezes funcionam apartados de sua dinâmica. Observou-se também que as internações são mais prolongadas nas regiões com hospitais psiquiátricos, com risco de gerar novos moradores nestes serviços. E que no perfil dessas internações há aumento de casos relacionados com o uso prejudicial de álcool e drogas. Essas características, associadas com as mudanças na estrutura dos pontos de atenção da RAPS pela publicação da Portaria 3.588/2017 (reforçada em polêmica nota técnica que versa sobre uma pretensa nova política de saúde mental), incluindo o hospital psiquiátrico como serviço previsto em sua estrutura, podem dificultar o processo de desinstitucionalização em andamento no Estado, fragilizar o modelo da atenção psicossocial e dificultar a continuidade da reforma psiquiátrica. Cabe questionar eticamente sobre as consequências que uma internação a longo prazo acarreta tal como a lógica hospitalocêntrica que coexiste na

RAPS. É no trabalho micropolítico da rede que será possível fazer um movimento de crítica e ruptura a esse funcionamento quando se oferece as condições de possibilidade necessárias a essa finalidade, como maior investimento físico e formativo nos serviços. Realizar um acompanhamento mais sistemático das informações das regiões e redes de saúde e oferecer apoio técnico regional nas instâncias colegiadas, como os Grupos Condutores Regionais (GCR) e o GCE e às equipes de saúde, podem ajudar a fortalecer a RAPS. É possível que a autonomia entre os entes federados e a descentralização das políticas sustentem o modelo de atenção psicossocial preconizado pela reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial, mesmo que de forma desigual nos territórios, a depender das posições e disputas políticas locais e regionais. Contudo, a pesquisa não desconsidera o impacto que as mudanças nas políticas de saúde mental, efeito de um momento de contrarreforma psiquiátrica, associado as diferenças regionais, as transições de gestores, as pactuações e repactuações nos diferentes níveis de gestão e o próprio cenário atual de crise, acarretam nos avanços e recuos dos processos da RAPS.

Palavras-chave: saúde mental, redes de saúde, atenção psicossocial, reforma psiquiátrica.

Advances and setbacks in the implementation of the Psychosocial Care Network in the State of São Paulo: health regions and inter-federative agreements

Alina Zoqui de Freitas Cayres

Abstract

The Unified Health System (SUS), since the Pact for Health, in 2006, has officially started to organize health actions and services in a regionalized way, indicating the responsibilities of each federated entity, and legitimizing actions agreed in deliberative collegiate instances. The health regions were constituted according to the availability of primary care services for medium and high complexity, in a geographical demarcation that comprehends a given group of municipalities in need of such services. The guarantee of psychosocial care and the Psychosocial Care Network (RAPS) was indicated as a priority and one of the conditions for the constitution of these regions. The RAPS aim is to provide access and organize provision of such care to people in psychological distress, through different modalities and levels of complexity. For the network proposal, the collective elaboration of a regional plan of action is required; one that should be discussed in and agreed upon by local, regional and state consultative and deliberative boards. Starting from these processes, this study analyzed the advances and setbacks in the implementation of RAPS in the State of São Paulo, regarding health regions and inter-federative agreements, through the State Conductor Group (GCE). Although it is qualitative research, a survey of norms and quantitative data on public bases to support the research discussions, was conducted. We followed three data collection processes: 1) Access to data from public sources, rules, ordinances and official documents related to public mental health policies; 2) Consultation of documents produced at the GCE; 3) Semi-structured interviews with GCE members (about the data collected and the group's actions). The data indicated that there are differences between the regions of the State of São Paulo, where the association of a more or less extended coverage of Primary Care and Psychosocial Care Centers (CAPS) in a region may be related to the frequency of hospitalizations for psychiatric care made or received in the same region. This phenomenon may also be linked to a logic of operation more or less medic-centered and hospital admission centric (mainly in regions where there are psychiatric hospitals), generally associated with a previous regional history. Likewise, the RAPS in the state of São Paulo, due to this past, coexist with the practice of some services that do not fit the expected points of attention, and sometimes work aside their dynamics. It was also observed that hospitalisations are longer in regions with psychiatric hospitals, risking to create a precedent by accepting new permanent residents in these premises. Furthermore, there is an increase in cases related to chemical dependence. These characteristics, associated with the changes in the structure of the RAPS points of care, effectuated by the publication of Ordinance 3,588 / 2017 (reinforced in a controversial technical note), which includes the psychiatric hospital as centres of service provided for in its structure, may hinder the ongoing de-institutionalization process in the State, weaken the psychosocial care model and obstruct the continuation of the psychiatric reform. One must question the ethics and consequences of long-term hospitalisation; practice adopted by the hospital-centered logic that coexists in RAPS. It is through the network's micropolitical work that it will be possible to make a critical and disruptive movement, by offering the necessary

possibilities, such as greater physical investment, and also in the qualification of service. The undertaking of more systematic monitoring of information received from regions and health networks, the offer of regional technical support in collegiate bodies such as the Regional Conductor Group (GCR) and GCE and health teams, should help to strengthen the RAPS. It is possible that the autonomy of the federated entities and the decentralization of policies support the psychosocial care model advocated by the psychiatric reform and the anti-asylum struggle, even if unevenly in the territories, and subject to local and regional political positions and disputes. The research does not disregard, though, the impact that changes in mental health policies has, added by the effect of a moment of psychiatric counter-reform, regional differences, managers' transitions, pacts and renegotiations at different levels of management, and the current scenario of crisis, as key players in the advances and setbacks in RAPS processes.

Keywords: mental health, health networks, psychosocial care, psychiatric reform.

SUMÁRIO

I - PREFÁCIO	14
II - APRESENTAÇÃO DO TEMA, JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	19
III - RECURSOS METODOLÓGICOS	43
1 – Recursos e procedimentos para a análise das informações	43
2 - Referencial teórico	45
3 - O papel ativo da pesquisadora no estudo e o desenho metodológico como processo	50
4 - Sobre o uso de dados secundários e quantitativos	57
5 - A contextualização do campo.....	61
5.1 - A dimensão estatal: a estrutura da Secretaria Estadual de Saúde e a Assessoria Técnica de Saúde Mental	61
5.2 - O Grupo Condutor Estadual da RAPS.....	65
IV – CONTEXTO HISTÓRICO DA RAPS	76
1 - Breve história da descentralização e regionalização no SUS e a implantação das redes temáticas: sobre a reforma psiquiátrica e a constituição da RAPS.....	76
2 - História das políticas de saúde mental no Estado de São Paulo: do hospício à reforma psiquiátrica sob o manto sagrado da filantropia	84
V - RESULTADOS E DISCUSSÃO	122
1 - A RAPS em dados: afinal, o que nos indicam os números?	122
1.1 - Atenção Básica: fragilidades invisíveis	123
1.2 - Atenção Estratégica: CAPS em ação.....	130
1.3 - Complexidade em alta: as internações em psiquiatria	146
1.4 - Residências terapêuticas na (Des)institucionalização	172
2 - Considerações, a partir dos dados produzidos, acerca da nota técnica n. 11/2019: “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”	175
3 - A RAPS na perspectiva do GCE: análise das entrevistas	205
VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS: SOBRE AVANÇOS, RECUOS E O FUTURO DA RAPS.	217
VII - POSFÁCIO	232
VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	236
IX - ANEXOS	246

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica
ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
AD - Álcool e outras Drogas
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
AME - Ambulatório Médico de Especialidades
AMENT - Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental
BPA/I - Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
BPA/C - Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado
BPC/LOAS - Benefício de Prestação Continuada / Lei Orgânica de Assistência Social
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CCD - Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CECCO - Centro de Convivência e Cooperativa
CFM - Conselho Federal de Medicina
CFP - Conselho Federal de Psicologia
CGCSS/SES - Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde da SES
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CID - Classificação Internacional de Doenças
CIR - Comissão Intergestores Regional
CISM - Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNMP - Conselho Nacional do Ministério Público
COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública
CONASP - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS/SP - Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo
CR - Consultório na Rua
CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CROSS - Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
CRS/SES - Coordenadoria das Regiões de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde
CSS/SES - Coordenadoria de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde
CT - Comunidade Terapêutica
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DBA - Programa De Braços Abertos
DISAM - Divisão Nacional de Saúde Mental
DRS - Departamento Regional de Saúde
ECT - Eletroconvulsoterapia
ESF - Estratégia Saúde da Família
ERSA - Escritório Regional de Saúde
FBH - Federação Brasileira de Hospitais
FEHOSP - Federação das Santas Casas e Hospitais Benéficas do Estado de São Paulo
GCE - Grupo Condutor Estadual

GCM - Grupo Condutor Municipal
 GCR - Grupo Condutor Regional
 HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
 HG - Hospital Geral
 HP - Hospital Psiquiátrico
 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
 INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
 INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
 IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
 MDS - Ministério do Desenvolvimento Social / Ministério da Cidadania
 MNLA - Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
 MNPCT - Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
 MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
 MPT - Ministério Público do Trabalho
 MS - Ministério da Saúde
 NAPS - Núcleos de Apoio Psicossocial
 NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
 OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
 OSS - Organização Social de Saúde
 PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde
 PAR - Plano de Ação Regional
 PIM - Programa de Intensidade Máxima
 PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares em Psiquiatria
 PVC - Programa de Volta para Casa
 RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
 RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
 RAS - Redes de Atenção à Saúde
 RENEM - Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis pelo SUS
 RENILA - Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial
 RM - Região Metropolitana
 RRAS - Redes Regionais de Atenção à Saúde
 RS - Região de Saúde
 RT - Residência Terapêutica, também se utiliza Serviço Residencial Terapêutico
 SAIPS - Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
 SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
 SES/SP - Secretaria de Saúde do Governo do Estado de São Paulo
 SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
 SIH - Sistema de Informações Hospitalares
 SRT - Serviço Residencial Terapêutico, também se utiliza Residência Terapêutica
 SUS - Sistema Único de Saúde
 TAC - Termo de Ajustamento de Conduta
 UAA - Unidade de Acolhimento Adulto
 UAI - Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil
 UBS - Unidade Básica de Saúde
 UPA - Unidade de Pronto Atendimento

I - PREFÁCIO

Este projeto é fruto da inquietação precipitada durante a experiência de trabalho do segundo censo psicossocial realizado com moradores de hospitais psiquiátricos¹. Intriga-me os motivos pelos quais esse grave problema, o de continuar a existir tais moradores, inquestionavelmente uma violação de direitos humanos, persiste depois de tanto que já foi feito em termos de estudos, militâncias, leis, diretrizes, incremento na rede substitutiva de serviços, entre outros exemplos, para se tentar garantir os direitos e o resgate da cidadania dessas pessoas. A população identificada nesse censo passou a maior parte do tempo de suas vidas nessa condição e muitas dessas pessoas faleceram sem a oportunidade de experimentar ao menos um lampejo da experiência da liberdade de viver em um espaço próprio, uma casa, um lugar para morar diferente do hospital. Ouvi sobre casos de pessoas que foram renomeadas, porque seus dados de registro se extraviaram. Não tinham nomes. Apenas número ou apelido. Esse é um exemplo entre outras inúmeras histórias. Foi estarrecedor ter me deparado com essa situação, após o auge da reforma psiquiátrica e com toda a reformulação e a implantação dos novos serviços de saúde mental. E o que dizer de novas histórias de institucionalização, mais recentes, de pessoas em condições indescritíveis de violência e de privação de seus direitos?

Mobilizada por essa causa, comecei a questionar sobre quais seriam os problemas, em termos de gestão e estrutura de serviços, que poderiam estar associados a esse fenômeno. E, dessa forma, cheguei ao tema da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, uma proposta formalizada há poucos anos, inserida no bojo das discussões das redes temáticas de saúde.

¹ No ano de 2008, por iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, foi realizado o primeiro censo psicossocial. Esse estudo promoveu a identificação e caracterização de pacientes de longa permanência residentes dos hospitais psiquiátricos do Estado, vinculados ao SUS, no intuito de traçar estratégias de desinstitucionalização mais efetivas à essa população (BARROS e BICHAFF, 2008). Em 2014, essa secretaria solicitou a realização de novo censo dessa população para atualização das informações e reavaliação das condições desse grupo, com a finalidade de oferecer subsídios à desinstitucionalização (CAYRES e col., 2015).

De forma similar à reforma sanitária que promoveu a instituição do SUS como uma das conquistas da recente democracia retomada na década de 1980, o movimento da reforma psiquiátrica, braço dessa reforma maior, e na esteira dessa nova proposta para a saúde coletiva, teve como uma de suas principais conquistas a promulgação da lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Resultado de processo histórico que contou com importantes iniciativas em nível local, regional e estadual, essa lei instituiu tais ações em nível federal, o que possibilitou ação nacional coordenada e viabilizou, com a garantia de recursos específicos a essa finalidade, uma gradativa reestruturação com a oferta de novos serviços e modalidades de tratamento em saúde mental, considerada substitutiva ao modelo de asilamento hospitalar, base norteadora das propostas oriundas do movimento da reforma psiquiátrica.

O próprio termo reforma faz intuir que se trata de uma reformulação do campo do saber e poder psiquiátricos. E dentro dessa lógica preserva estratégias disciplinares e de controle, mesmo sob as premissas de um cuidado mais humanizado (FOUCAULT, 2006). Pode-se dizer que com a influência de críticas advindas de outros campos para além da psiquiatria, esse movimento em parte foi menos ruptura e desconstrução e mais adaptação suscitada de um momento histórico no qual o tema dos direitos humanos ganhou relevância no período do pós-guerra mundial e na superação de regimes ditatoriais, com reivindicações de políticas sociais mais inclusivas e humanizadas (PORTOCARRERO, 1990).

Da perspectiva de uma posição de maior tensionamento e de mudança paradigmática surgiram críticas também ao movimento da reforma psiquiátrica, com a decorrente ruptura de parte dele que passa a defender uma posição mais radical pela vertente da Antipsiquiatria

(FOUCAULT, 2006)². No Brasil surgiu o Movimento da Luta Antimanicomial com característica similar e que fica discursivamente marcado inclusive pela adoção do prefixo “anti”. Isso se dá com a concepção de que em parte a loucura é também criação desse campo para que o louco passe a ser sujeito de um suposto saber, no caso, da psiquiatria. Tais críticas questionam esse saber e reivindicam para si, por meio de uma desconstrução radical dessa lógica, a posição de direito e de cidadania dos que outrora foram (e até hoje ainda são) considerados loucos, resgatando seu lugar social.

Esses diferentes movimentos que passaram a demandar mudanças no âmbito das políticas assistenciais organizaram-se em um campo que se ampliou para além do saber médico-psiquiátrico: a saúde mental. Pela natureza polissêmica decorrente de sua origem, esta é apontada como área que engloba pluralidades técnicas, ações integrais e intersetoriais em meio a uma transversalidade de saberes, considerados necessários para lidar com as complexidades decorrentes de seu objeto de cuidado: o sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007). CIRINO (2001) comenta que essa concepção não é consensual: uma parcela situa a saúde mental como o que se opõe à hegemonia da psiquiatria, podendo ser superada pela divisão de cuidados por outras linhas de atuação profissional. Outros a consideram um complexo dispositivo multifacetado que preserva o controle das populações de forma disfarçada. E há também os que a indicam como um conjunto de políticas, técnicas e práticas influenciado pelo arcabouço teórico e prático que inspiraram os movimentos da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. Para o autor, trata-se de campo marcado pela diversidade teórica e de formas de cuidado que inclusive questionam os modelos clínicos comumente adotados.

² De acordo com FOUCAULT (2006) a Antipsiquiatria se opôs ao saber psiquiátrico, como contrapoder, ao questionar o valor de verdade contido no conhecimento produzido pela psiquiatria. Por se orientar pelo princípio da desmedicalização da loucura, de certa forma transfere ao doente o poder de produção da própria loucura e, portanto, de sua verdade. A luta desse movimento foi canalizada às instituições de caráter asilar, local de domínio e de sustentação dos mecanismos do poder psiquiátrico. Contudo, o autor tece críticas quanto à leitura institucional realizada pelos teóricos dessa vertente, devido à centralidade dada à instituição e pela produção de análises discursivas predominantemente psicológicas e/ou sociológicas.

A Saúde Mental, segundo FERNANDES (1999), é um campo com muitas contradições, por sobrepor heranças teóricas e técnicas (incluindo também as de características mais higiênicas e normativas), provenientes de produções que foram adaptadas de forma inconsistente, e que pode propiciar outros *lugares de clausura* preservando mecanismos de segregação em novas roupagens. Essa amplitude da Saúde Mental, segundo BIRMAN e COSTA (1994), ofereceu as condições de possibilidade para mudar estruturas assistenciais, mas tal transformação veio acompanhada de conflitos entre distintos modelos de prática clínica, incluindo a psiquiátrica, resultando em certo turvamento de conceitos e cuidados, geralmente heterogêneos ou mesmo divergentes entre si.

Apesar dessas considerações, a reforma psiquiátrica promoveu grandes mudanças e tensionamentos ao campo da psiquiatria. Contudo, em termos estruturais, como se deu mais reforma do que ruptura, no plano da oferta de ações de cuidados em serviços, permaneceu a coexistência de forças que disputam modelos distintos de tratamento, parte inspirada por uma psiquiatria menos “reformada”, que segue um referencial predominantemente médico, hospitalocêntrico, hierarquizado e com ofertas de tratamento mais cerceados e controlados (seja institucional e/ou farmacológico) das pessoas acometidas por transtornos mentais; e parte por uma psiquiatria ‘reformada’, com proposta multidisciplinar e relações horizontalizadas (incluía a participação de usuários e familiares nesse processo), criação de novos serviços de base comunitária e territorial (como, por exemplo, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)), somado a oferta de tratamento por meio de atividades discutidas conjuntamente num projeto terapêutico singular que adota os preceitos da clínica ampliada e aposta no resgate da autonomia do sujeito. Na própria estrutura da RAPS estão previstas modalidades hospitalares, incluídos os hospitais psiquiátricos

especializados³, que podem também ter características asilares, muito embora a reforma psiquiátrica tenha oferecido certa readequação do espaço físico e das propostas de tratamento, associados à entrada de mecanismos de fiscalização⁴ e de controle do tempo de internação (com a recomendação de prazo de até 90 dias), além da diminuição do número de leitos. Mas essas medidas não foram suficientes para evitar novas institucionalizações, ao menos no Estado de São Paulo (mas possivelmente se repete nos demais estados do país), dado observado no último censo de moradores de hospitais psiquiátricos, realizado em 2014.

Essa proposta da RAPS surge alguns anos antes do atual momento conturbado do país, que passa por séria crise social, política e econômica⁵, com a guinada conservadora que elegeu, em 2018, um governo de extrema direita. Este tem criticado e consequentemente tensionado o campo dos Direitos Humanos e de Justiça Social, com apoio de parcela da sociedade, num clima de preocupante polarização, o que tem gradativamente afetado políticas assistenciais, redistributivas e de garantia de direitos. Tal crise certamente é uma dentre inúmeras e complexas causas que podem estar associadas aos problemas que dificultam, não somente o processo de desinstitucionalização, como provavelmente a própria implantação da RAPS. Atualmente, com as últimas mudanças propostas por portarias ministeriais, causa perplexidade perceber que mesmo os direitos e as garantias conquistados pela lei 10.216 ou até do próprio SUS podem esmorecer diante de situações de crise e das vicissitudes da política.

³ A primeira portaria que institui a RAPS, em 2011, indicava os hospitais psiquiátricos num lugar residual, de transição, no ponto de atenção que previa estratégias de desinstitucionalização. A ênfase dada era no fechamento desses serviços mediante melhoria de retaguarda de leitos em hospitais gerais acrescido de saídas de moradores de hospitais psiquiátricos para serviços residenciais terapêuticos ou à família, quando era possível localizar e sensibilizar algum de seus parentes. Em 2017, uma das principais mudanças feitas à essa portaria referiu-se à inclusão dos hospitais especializados psiquiátricos como um dos pontos de atenção no componente de assistência hospitalar, com aumento no valor de referência pago às internações realizadas.

⁴ Como o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares em Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), iniciado a partir de 2002. Foi criticado e esvaziado pela coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde que assumiu a gestão a partir de 2017. Em dezembro de 2018, por meio de ação interinstitucional conjunta foi realizada inspeção nacional em 40 hospitais psiquiátricos. O cenário encontrado nesses estabelecimentos continua problemático. O relatório aponta uma série de irregularidades, similar ao que era identificado por meio do PNASH. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

⁵ E mais recentemente também sanitária, com a pandemia COVID-19 irrompida em março de 2020.

II - APRESENTAÇÃO DO TEMA, JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Essa pesquisa pretende analisar a implantação da política pública de saúde mental no Estado de São Paulo, do ponto de vista de sua constituição e dos processos que são discutidos no âmbito de um grupo condutor de nível estadual que acompanha, de modo consultivo, ações organizadas regionalmente para a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Subentende-se, por essa conjuntura, que esses processos derivam de pactuações interfederativas, dentro de contextos complexos e heterogêneos, que diferem em suas características territoriais, para a conformação dessa rede na dimensão regionalizada, estabelecendo uma condição constante de avanços e recuos. Esse estudo oferece análise de tais processos a partir de uma dimensão coletiva e de representatividade institucional para o acompanhamento dessa política, em busca de recursos que possam auxiliar em sua implementação. A seguir, será detalhado o modo como essa política está atualmente instituída.

A RAPS surgiu no contexto da constituição das Regiões de Saúde e Redes de Atenção. Desde o ano de 2011, com a publicação do Decreto 7.508, que regulamentou a Lei n. 8.080 da qual dispôs sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto ao planejamento, à assistência, à articulação interfederativa e outras providências, os serviços de saúde passariam a ser formalmente dispostos por meio das Regiões de Saúde (RS) para que posteriormente se efetivassem em Contrato Organizativo da Ação Pública - COAP⁶. Pode-se dizer que esse

⁶ Segundo o decreto, trata-se de: “acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.” (BRASIL, 2011b). Trata-se de dispositivo legal de termo multilateral assinado coletivamente por secretários de saúde e prefeitos dos municípios de uma região, pelo secretário de estadual de saúde e o governador e o ministro da saúde para compromissos assumidos e pactuados que poderão ser exigidos em seu cumprimento (RIBEIRO e col., 2017). Apesar de inovador, é instrumento bastante complexo porque demanda um grau de solidariedade e organização entre entes federados difícil de se atingir para uma pretensa governança regional. Como compreende muitas etapas em seu processo de elaboração, os Estados da federação apresentam diferentes ritmos em sua implantação, sendo que até o momento somente dois (Ceará e Mato Grosso do Sul) já chegaram na assinatura dos COAPs (OUVERNEY e col., 2017). O Estado de São Paulo,

decreto é uma continuidade da Portaria n. 399/2006 que instituiu o Pacto pela Saúde.⁷ A base operacional e a indução política para o processo de regionalização do SUS foi definida nessa portaria, por meio do item “Pacto de Gestão do SUS” que não somente incentivou a organização territorial das regiões de saúde como também a atuação de instâncias colegiadas deliberativas do SUS (as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB))⁸ e outros colegiados regionais), além de indicar as responsabilidades de cada ente federado para garantir as pactuações necessárias a essa organização.

As regiões de saúde são definidas como espaços geográficos contínuos, formado de grupos de municípios que façam fronteira ou são próximos entre si, delimitados de acordo com as identidades culturais, econômicas e sociais locais e regionais, com rede de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, no intuito de integrar planejamento, execução e regulação das ações e serviços de saúde. Elas são instituídas pelo Estado, articuladas com os municípios, e operam em acordo com as diretrizes estipuladas na

embora com participação ativa nesse processo, principalmente no que se referiu à organização das Regiões de Saúde, incluindo as comissões regionais, e no desenho do planejamento e produção de indicadores, ainda não conseguiu viabilizar a formalização do COAP. Para OUVÉNEY e col. (2017) as agendas estaduais de implementação dos COAPs tiveram um comportamento errático, marcado por momentos de avanços, estagnação e retrocessos.

Fatores de origem estruturais, institucionais e políticos, tais como: as desigualdades regionais (do ponto de vista, por exemplo, dos indicadores sociais, econômicos e da capacidade instalada de serviços de saúde), trocas frequentes de gestores (intensificado por mudanças em período pós-eleitoral), fragilidades técnicas e administrativas, interferência política de atores não governamentais (entidades filantrópicas, de classe, e/ou privadas), somados aos embates entre atores intergovernamentais e subfinanciamento são apontados como algumas das causas que dificultam esse processo, com o risco de torná-lo inconcluso (GUERRA, 2015; MENDES e col., 2015; DUARTE, 2016; OUVÉNEY e col., 2017).

⁷ Embora desde a constituição do SUS, as ações e serviços de saúde já fossem preconizados para funcionar de forma regionalizada e em rede, com essa portaria, foi oficializado o modo como o processo de regionalização deveria ser organizado.

⁸ As Comissões Intergestores Tripartite (nível federal) e Bipartite (nível estadual), instituídas no início da década de 1990, são espaços de relações e decisões intergovernamentais, políticas e técnicas direcionadas ao planejamento, negociação e implementação das políticas públicas de saúde. As decisões são feitas por consenso (diferente da votação), incentivando os debates e negociações entre os representantes. As ações interfederativas de planejamento e programação pactuada da gestão descentralizada do SUS ficam apoiadas em seu contínuo funcionamento. As atas, pautas, informes, resumos e/ou resoluções das reuniões (geralmente mensais) dessas comissões estão disponíveis nos portais do Ministério da Saúde (da CIT, desde o ano de 2000, disponível em <http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/comissao-intergestores-tripartite/pautas-de-reunioes-e-resumos>) e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (da CIB, desde o ano de 1999, disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/orgaos-vinculados/comissao-intergestores-bipartite-cib/atas-pautas-e-deliberacoes-da-bipartite>). As Comissões Intergestores Regionais (CIR), são organizadas para trabalhar de forma similar na dimensão regional.

CIT (BRASIL, 2011b, 2014). Na constituição de cada Região de Saúde é condição a garantia de ações e serviços de: I) atenção primária, II) urgência e emergência, III) atenção psicossocial⁹, IV) atenção ambulatorial especializada e hospitalar e V) vigilância em saúde, denominados pontos de atenção.

O processo de descentralização propiciou importante autonomia entre os entes federados, mas acarretou ao mesmo tempo um fenômeno de atomização, gerando ações de saúde por vezes limitadas e fragmentadas, considerando-se que municípios de diferentes portes populacionais e com distintas características sociais e econômicas não conseguiriam, dependendo dessa condição, ofertar serviços em distintas complexidades. O incentivo à regionalização surge dessa necessidade de se negociar contratualmente demandas sociais locais de forma mais solidária e cooperada (mas que concretamente se expressam, de modo geral, em disputas), em busca de melhorias na utilização intermunicipal de serviços de média e alta complexidade (a depender da necessidade identificada), divisão equânime de recursos, gestão e financiamento compartilhados, entre outras iniciativas. (SANTOS e CAMPOS, 2015, DUARTE, 2016).

Segundo SANTOS e CAMPOS (2015) há uma tênue linha de ação que torna o processo bastante complexo visto que é necessário conduzi-lo de tal modo que não se fira nem o *princípio constitucional da descentralização* nem tampouco o *princípio federativo da autonomia*. Os autores alertam sobre esse aspecto:

Ao SUS restou o desafio de compor um sistema com milhares de modos de governar em cada local e Estado e ainda tentar compor isso com duas centenas de programas sanitários que funcionam com regras e padrões de financiamento e de prestação de contas diferentes. Formava-se uma nova torre de Babel. Quem, que organismo, que gestor, que conselho teria governabilidade para unificar esses pedaços do Estado com grande grau de autonomia, de planejamento, de tomada de decisão e de gestão tão ampliado? (SANTOS e CAMPOS, 2015, p. 440)

⁹ Em relação às Regiões de Saúde, há a exigência de ações visando a atenção psicossocial, mas não de se ter necessariamente uma rede estruturada com todos os pontos de atenção tal como previsto, por exemplo, na estrutura da RAPS.

E acrescentam mais uma questão: “Como a soma articulada das individualidades municipais assimétricas gera unidade regional equitativa? (p. 441)” Esse desafio da regionalização se reflete na implantação das redes de atenção à saúde.

Embora a organização e gestão das Regiões de Saúde e das Redes de Atenção à Saúde sejam considerados processos distintos, elas mantêm uma relação de interdependência entre si (DUARTE, 2016). As Redes de Atenção à Saúde - RASs são conjuntos de ações e serviços de saúde interconectados em níveis de complexidade crescente com o objetivo de garantir acesso e integralidade na assistência. Uma RAS funciona como referência para uma ou mais Regiões de Saúde.¹⁰

Nas normativas oficiais, uma Rede de Atenção à Saúde¹¹ deve estabelecer relações horizontais entre os eixos de ação (sendo a Atenção Básica (AB) o centro da comunicação) e se responsabilizar pelas necessidades de saúde da população de uma dada região (ou conjunto delas), com oferta de atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional e compromisso em atingir bons resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2014). No seu planejamento e implantação espera-se: definição do escopo populacional e territorial; diagnóstico situacional da demanda e capacidade instalada dos serviços de saúde; planos de ações visando a superação de possíveis vazios assistenciais; análise das relações entre entes públicos e privados; estruturação logística e de suporte operacional técnico-administrativo; investimentos em recursos humanos; construção de sistema de regulação e governabilidade objetivando o funcionamento em rede; sustentabilidade financeira vinculada a metas e resultados. (BRASIL, 2014; MAGALHÃES JR, 2014; MENDES, 2014).

¹⁰ A nomenclatura, os conceitos adotados e a organização das RAS são consonantes às recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS 2009, 2010a, 2010b, 2011 e MENDES, 2011).

¹¹ O Estado de São Paulo introduziu um nível macrorregional das redes em seu mapa administrativo-territorial de saúde, denominadas Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), definidas como “Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade da atenção à saúde num determinado território.” (SÃO PAULO (Estado), 2012, p.2)

Autores como SANTOS e CAMPOS (2015), DUARTE (2016) e OUVENEY e col. (2017) apontaram que a pactuação colegiada das redes de saúde, com algum incentivo financeiro, aparentemente tem avançado melhor quando se compara à implementação dos COAPs. Embora com fragilidades e lacunas, como se trata de elaboração de plano de ações, essa condição favoreceu uma melhor organização, mesmo que de forma parcial. Esse plano visa (sem exigir formalidade contratual) a articulação de diferentes pontos de atenção por meio da colaboração entre serviços de saúde, no intuito de garantir maior acesso e integração territorial, incluindo campanha e apoio financeiro federal específico a essa finalidade. Em contraponto, a exigência do estabelecimento de uma formalização contratual com os COAPs gerou maior descompasso nesse processo junto às regiões de saúde, provavelmente devido a apreensão dos municípios sobre de que forma os compromissos assumidos impactariam em termos financeiros e em responsabilidades fiscais.

Cabe ressaltar que no interior desse contexto foram priorizadas, por deliberação da CIT, algumas redes temáticas¹² em sua composição, entre elas a Rede de Atenção Psicossocial. Instituída inicialmente por meio da Portaria GM/MS n. 3.088/2011, foi parcialmente alterada pela Portaria GM/MS n. 3.588/2017 (ambas integradas na Portaria de Consolidação n.3/2017), com mudanças significativas que incluiu inserção de modalidades de serviços, aumento do valor da diária hospitalar e a preservação dos hospitais psiquiátricos como ponto de atenção.¹³

A função primordial da RAPS é garantir o acesso e organizar as ofertas de atendimento às pessoas em sofrimento psíquico ou com necessidades decorrentes de uso de

¹² As demais são: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Cuidado à pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Essas redes são sobrepostas à estrutura de base do SUS, com a Atenção Básica como porta de entrada e reguladora do acesso aos demais níveis de complexidade. Para MENDES (2011) “No SUS, o desenho institucional mais adequado, certamente, é o matricial, combinando redes temáticas de atenção à saúde e territórios sanitários.” (p.160)

¹³ Para os grupos sociais e técnicos que apoiam o movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial foram controversas as mudanças da portaria original, com ênfase na hospitalização e em serviços ambulatoriais, o que pode gerar possíveis impactos nas ações de desinstitucionalização preconizadas na Lei 10.216/2001.

substâncias, em diferentes modalidades e níveis de complexidade, conforme disposto no quadro a seguir:

Quadro 1.

Pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial	
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde • Equipes de Atenção Básica, incluídas para populações em situações específicas (de Consultório na Rua e de apoio aos serviços no ponto de Atenção Residencial de Caráter Transitório) • Núcleo de Apoio a Saúde da Família • Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPS AD, CAPS AD III. A Portaria 3.588/2017 inclui o CAPS AD IV) • Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas de tipos I, II e III (Portaria 3.588/2017)
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU • Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento adulto (UAA) e infanto-juvenil (UAI) • Serviço de Atenção em Regime Residencial (incluídas as Comunidades Terapêuticas - CT)
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Leitos de saúde mental em Hospital Geral • Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral). (Na Portaria 3.588/2017, mudou para: <ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral • Hospital Psiquiátrico Especializado • Hospital Dia
Estratégias Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos • Programa de Volta para Casa
Estratégias Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Cooperativas Sociais, Empreendimentos Solidários e Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda

Fontes: Ministério da Saúde, 2014. Portarias 3.088/2011 e 3.588/2017.

Cada ponto de atenção visa acolher os problemas de saúde mental de forma circular (em rede), de acordo com a necessidade de dado momento, o que pode demandar ações de menor a maior complexidade no cuidado. Seguindo a lógica territorial, essas estratégias diversificadas de ações e serviços estão situadas na comunidade, o mais próximo quanto possível do local de moradia do usuário e sua família, sendo a Atenção Básica a porta de

entrada preferencial, embora o acolhimento possa ser feito, indistintamente, em quaisquer unidades, para o usuário receber um encaminhamento adequado ao que apresenta. Do ponto de vista do cuidado, a RAPS preconiza os preceitos da Clínica Ampliada e propõe que cada usuário tenha um Projeto Terapêutico Singular, elaborado de acordo com suas necessidades e oferecendo garantias à sua autonomia, liberdade e exercício da cidadania. (BRASIL, 2014; CAYRES e col., 2015).

Em síntese, a RAPS visa a ampliação do acesso aos serviços de saúde, com ações integrais, articuladas e intersetoriais que promovam a prevenção, o cuidado, a reabilitação e, dependendo da situação, a reinserção social. Do ponto de vista do planejamento das redes temáticas e, em particular, da RAPS, estão previstas algumas fases para a sua execução, tais como: I) Diagnóstico por meio de análise situacional da região; II) Adesão, com definição de grupo condutor da política e da técnica; III) Desenho da rede pela pactuação dos fluxos e dos pontos de atenção; IV) Qualificação dos componentes da rede; V) Certificação da rede. Como segue a lógica do Pacto pela Saúde que enfatiza a regionalização, a definição das responsabilidades de cada ente federado e deliberações das ações por meio de instâncias colegiadas, cada fase é encaminhada para consulta e aprovação à essas instâncias e nos distintos níveis federativos. (BRASIL, 2011, 2014). A finalidade desse complexo processo é garantir uma interação constantemente negociada entre atores dos distintos níveis federais, que possam contemplar planos que se aprofundem nas necessidades e singularidades territoriais e propiciem relações de implicação e co-responsabilidade nos processos decisórios, fundamentais para a passagem de cada etapa de sua implantação.

Na elaboração dessa proposta de rede é recomendado que as regiões de saúde se organizem para a elaboração do Plano de Ação Regional (PAR).¹⁴ Em conformidade à tradição do SUS de incentivo da discussão das políticas de saúde em espaços colegiados,

¹⁴ Os PARs devem seguir as orientações descritas para cada ponto de atenção especificadas nas Portarias n.3.088/2011 e 3.588/2017 que versam sobre a organização da RAPS.

sejam eles consultivos ou deliberativos, dentro dessa proposta é esperado que esses planos sejam discutidos e pactuados nas instâncias coletivas locais, regionais e estaduais, denominadas, de acordo com seu nível federativo, como Grupo Condutor Municipal (GCM), Grupo Condutor Regional (GCR), Comissão Intergestores Regional (CIR), instância deliberativa de nível regional, Grupo Condutor Estadual (GCE) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), instância deliberativa de nível estadual. Esse plano, junto a quaisquer solicitações de implantação de serviços, deve ser encaminhado ao Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) para eventuais orientações, diligências e aprovação dos pedidos.¹⁵

A Secretaria de Saúde do Governo do Estado de São Paulo (SES/SP), seguindo a diretriz do nível federal, publicou em dezembro de 2012 a Deliberação CIB n. 87 que apresentou o termo de referência para a implantação das RAPSs nas Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS). Essa deliberação retoma a lógica das fases acima citadas, sendo seu disparador a realização do diagnóstico em saúde e da organização do fluxo assistencial entre os serviços do território¹⁶ de cada Região de Saúde.

No Estado de São Paulo há 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) que agrupam em subconjuntos, as 63 Regiões de Saúde¹⁷ (com uma CIR em cada região). Além dessa organização em redes e regiões de saúde, há 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) que não coincide, em todos os agrupamentos geográficos, com as 17 RRAS. Os DRSs constituem a divisão administrativa da Saúde do Estado, implantados em 2006, após ampla reforma desencadeada pouco antes do Pacto pela Saúde. Em virtude dessa peculiaridade, o

¹⁵ Cabe esclarecer que os repasses financeiros não estão atrelados aos PARs para o financiamento dos pontos de atenção da RAPS. As regiões que não elaboraram seus PARs recebem recursos para os serviços habilitados pelo Ministério da Saúde. Não é um condicionante.

¹⁶ Independentemente do tipo de rede, seja ela temática ou relacionada a outro fluxo de atendimento, trata-se do mesmo território, do ponto de vista cartográfico e dos serviços existentes nele, a diferença é que o fluxo do trabalho é concebido pelo modelo da atenção psicossocial.

¹⁷ Uma das RRAS (a de número 06) é o município de São Paulo, devido ao seu porte.

Estado de São Paulo trabalha com essas distintas referências geográficas, conforme disposto no mapa a seguir:

Figura 1.

Fonte: SES/SP

No processo de implantação da RAPS, o Estado de São Paulo¹⁸ deverá contar com 63 PARs¹⁹ elaborados e aprovados em CIB. Transcorridos cerca de 8 anos, a expansão da RAPS apresenta diferenças no seu ritmo, com parte das regiões de saúde sem tanta iniciativa para esse processo. Já outras regiões estão em organização com os representantes dos municípios que compõem os grupos dos níveis regionais, com ações direcionadas ao trabalho

¹⁸ A SES/SP historicamente adota como referência a divisão regional administrativa (DRS), que não condiz totalmente com a divisão por RRAS. Contudo, a proposta da RAPS utiliza a divisão geográfica das RRASs e CIRs. A pesquisa seguirá esse referencial, porém procurará fazer alguma ponte com os DRS, visto que, nas discussões da gestão em nível estadual e do GCE, muitas vezes se utiliza a referência do DRS e não da RRAS.

¹⁹ No caso das RAPS paulistas, as referências territoriais dos planos de ações são coincidentes com as regiões de saúde. Ou seja, espera-se o planejamento de 63 RAPS para as 63 Regiões de Saúde.

regionalizado da rede, incluindo a elaboração e apresentação de seus Planos de Ação Regional ao GCE e, na ausência de ressalvas ou recomendações, para aprovação em CIB.

Embora a RAPS em si seja mais essencial do que propriamente sua proposta de plano de ação, levando-se em conta que inclusive muitas regiões ainda não tenham apresentado seus planos, isso não significa que iniciativas de organização coletiva e a RAPS não estejam em andamento. Contudo, considera-se o PAR um importante instrumento de arquivo e memória, crucial na organização de uma agenda com grupos regionais para o exercício coletivo de seu desenho e registro. E esse descompasso no ritmo dessa concretização pode sinalizar, de certa maneira, as diferenças regionais de seu processo e possíveis dificuldades desse trabalho nas instâncias de negociação e pactuação, devido a distintos contextos, a começar pelas constantes trocas de gestores locais que geram descontinuidades nesses processos (MENDES e col, 2015). A esfera federal, apesar de republicar a portaria mantendo o item do PAR, também parece pouco incentivar essa proposta, reiterando o descolamento do financiamento do custeio dos serviços à ele, dando continuidade aos repasses para os municípios (somente dos pedidos de serviços aprovadas e habilitadas).²⁰ Recentemente inclusive têm decidido sobre quais prioridades das solicitações serão dadas a partir da decisão ministerial, sem necessariamente considerar as necessidades locais, regionais e estaduais (como tem sugerido alguns pareceres recebidos do MS), algo preconizado nesse processo. Parte do efeito desses problemas se expressa nos raros PARs que continuaram a ser apresentados no GCE, no Estado de São Paulo, e aprovados em CIB, nos últimos anos. Alguns desses anos não ocorreram encaminhamentos de planos ao GCE e/ou aprovações de planos em CIB. O próprio GCE tem se posicionado de forma reticente frente a essa finalidade.

²⁰ No Estado de São Paulo, a espera de novas habilitações tem ultrapassado o prazo de incentivo estadual de 6 meses. O MS não tem habilitado ou revisto processos para repasse aos municípios de parcela significativa de CAPS e RTs já em funcionamento, apontando pendências e sem oferta de apoio técnico para auxiliar na solução delas. (Conferir no site do COSEMS: http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2019/08/Sa%C3%BAde-Mental_CRR_20_08.pdf).

Esse status já pode ser considerado um dado da pesquisa. Supõe-se que, em parte, esse cenário acontece devido às dificuldades de discussões e pactuações decorrentes de disputas políticas e técnicas entre municípios da própria região somado a demais entes federados e outros atores que tensionam esse processo (por exemplo, prestadores de serviços de saúde), prejudicando a possibilidade de funcionamento de rede mais regionalizado, continuado e regulado. Parece também existir certo rito burocrático para a constituição dos grupos regionais e a elaboração dos PARs, às vezes de forma mais documental do que de realização coletiva concreta, com municípios mais ou menos solidários nas regiões. Além das constantes descontinuidades e retomadas dos grupos regionais devido às mudanças de gestores durante a gestão e/ou após as eleições municipais. Mas também é possível que certa postergação aconteça porque a apresentação e aprovação dos PARs é recomendada, porém, como já dito, não é condicionante ao financiamento da RAPS da região.²¹ Em suma, apesar do esforço para a reformulação da lógica de funcionamento dos serviços de saúde mental por uma formalização estrutural da rede pode-se supor que para além dos investimentos e revisões, também seja necessária uma mudança cultural no modo de sua operacionalização.

Essas observações são corroboradas com os desafios apontados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) em publicação sobre a implantação das redes, tais como: o estabelecimento de uma cultura de trabalho em rede; na regulação efetiva, com ações propositivas, desburocratizadas e com mais decisão gestora; o exercício de articulação e de tomada de decisão dos GCRs; o monitoramento dos processos pelos gestores; o uso do planejamento territorial para a implantação das RASs, acarretando demora na elaboração dos PARs; o financiamento inadequado e insuficiente para as necessidades do sistema; o estabelecimento de pactos regionais pouco interventivos nas práticas assistenciais e mais

²¹ Contudo, a implantação e/ou habilitação de qualquer RT, por exemplo, fica atrelada a um CAPS já implantado. Porque é pré-condição dessa modalidade de serviço estar vinculada a um CAPS, inclusive fica registrado via Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Se eventualmente um CAPS já em funcionamento não está habilitado e há uma RT vinculada a ele, esta também fica sem habilitação.

interessados na captação de recursos (ou de relações muito competitivas, pouco solidárias e com descumprimento de acordos); a baixa contratualização formal e ausência de metas de qualidade e de segurança; a qualificação e formação permanente dos profissionais e o aprimoramento de sistemas de informação para monitoramento e avaliação.

MENDES (2011) também aponta para os riscos de um funcionamento fragmentado do SUS, com elevada hierarquização entre os níveis de atenção primária e de média e alta complexidade, o que produz supervalorização e sobrecarga dos níveis mais complexos, como os hospitais, em detrimento à atenção primária que deveria ser a dimensão principal desse processo. Além disso, os pontos de atenção podem ficar isolados, com nenhuma ou pouca comunicação entre si, dificultando a continuidade do cuidado.

Outros fatores a se considerar são as difíceis negociações interfederativas²² que envolvem responsabilidades e custos, necessários para se garantir investimento, integralidade e consolidação das RAS. E as ricas, porém, complexas diferenças regionais, que trazem o desafio de planejar modelos de trabalhos em rede associados às necessidades e características singulares de uma dada região (MENDES, 2011). Inclui-se a presença, em muitas das regiões, de longas distâncias e barreiras físicas entre serviços, além de vazios assistenciais.

Em termos estruturais, a implantação de um conjunto de serviços de atenção em saúde mental do Estado de São Paulo que funcionava inclusive anteriormente à instituição da RAPS pela Portaria GM/MS n. 3.088/2011, apesar de reconhecidos avanços, apresentou, em sua história, lacunas e recuos no processo de sua expansão. Como exemplos, citam-se a cobertura

²² Apesar da esperada relação cooperada entre os entes federados, inclusive previsto na Constituição de 1988, o que ocorreu após o movimento de descentralização dos poderes do nível federal para os estaduais e principalmente municipais é um jogo tenso de forças e negociações, com uma guerra fiscal declarada diante de perdas de tributos e receitas ao longo dos anos. Algo provavelmente agravado nesta atual crise política e econômica, com a presença significativa de perdas de fontes de renda associado a dívidas. Enquanto o nível federal dita as normas e diretrizes para um dado regime de funcionamento, atrelando repasses a isso, o município fica responsável por sua execução, acompanhada e mediada pelo nível estadual. Contudo, como o poder está descentralizado, o município tem autonomia sobre suas responsabilidades e investimentos, assumindo ou não o que o nível federal preconiza. Também pode executar projetos por conta própria, nos limites do previsto pela Lei de Responsabilidade Fiscal. MENDES (2011) cita o termo municipalismo autárquico, como um dos efeitos decorrentes desse fenômeno descrito, relacionado com decisões mais isoladas no nível local e menos cooperadas entre os demais entes federados.

desigual da Estratégia Saúde da Família (ESF), dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), dos consultórios na rua e de atendimentos em saúde mental na atenção básica.²³ A expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Residências Terapêuticas (RT) difere de região para região do Estado, com algumas lacunas de implantação de novos serviços ao longo dos anos ou ausência do serviço.²⁴ Apesar de significativa redução desde a reforma, ainda há um número alto de leitos em hospitais psiquiátricos em comparação à quantidade de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.²⁵ Também continua a existir muitos usuários moradores de hospitais psiquiátricos,²⁶ com tendência a se criar novos moradores,²⁷ apesar da garantia de direito de saída desses estabelecimentos pela Lei 10.216/2001. Por volta da metade de egressos de longa internação ou morador de hospital psiquiátrico são beneficiários do Programa de Volta para Casa ou do Benefício de Prestação Continuada - BPC/LOAS, este último com necessidade de se rever as relações de curatela.²⁸ Outros exemplos são os raros Centros de Convivência e Unidades de

²³ Esse dado está presente em parte dos Planos de Ação Regional aprovados, de acordo com a consulta dos documentos. Contudo, cabe uma importante ressalva. Segundo dados do sistema de cobertura da AB (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>), o Estado de São Paulo apresenta cobertura bem menor (59,67%) ao se considerar o cálculo para o Brasil (74,58%). A diferença se acentua mais com as equipes de ESF (38,65% Estado de São Paulo e 64,19% Brasil). Como São Paulo é o estado mais populoso do país, é esperado um valor menor devido ao adensamento populacional. Inclusive, no interior do Estado as coberturas tendem a ser bem mais elevadas do que nos municípios de grande porte e os situados na Região Metropolitana de São Paulo – RMSP.

²⁴ A expansão dos CAPSs, em suas diferentes modalidades (I, II, III, Álcool e Drogas e Infanto-Juvenil), tem sido mais elevada do que as Residências Terapêuticas, inclusive porque esta modalidade se trata de oferta de serviço mais recente, destinada a população com perfil específico (moradores, há mais de 2 anos, de hospital psiquiátrico) e sua implantação depende da existência prévia de CAPS na localidade pretendida. Até dezembro de 2018, o Estado de São Paulo possuía 529 CAPS e 325 RTs. No país soma-se 3.018 CAPS. (De acordo com consulta em janeiro de 2019 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES).

²⁵ Em 2014, o Estado de São Paulo mantinha 9.285 leitos em psiquiatria. Anteriormente, em 2008, eram 11.992 leitos. (CAYRES e col., 2015). Atualmente, conta-se somente com 867 leitos em hospitais gerais enquanto mantem-se 4.899 leitos em hospitais psiquiátricos (dados CNES, consultados em janeiro de 2019).

²⁶ Segundo o censo de 2014, existiam 4.439 moradores com mais de um ano de internação, sendo a maioria em período maior que 10 anos (70%), com casos que chegam a mais de 50 anos. Passaram cerca de 1/3 de suas vidas em regime de internação. O total de óbitos de moradores de hospitais psiquiátricos foi maior (1.170 pessoas) do que de pessoas que receberam alta para moradia em SRT ou retorno ao convívio familiar (739 pessoas) (CAYRES e col., 2015). Em 2008 eram 6.349 moradores (BARROS e BICHAFF, 2008). Após a prioridade dada pela Área Técnica de Saúde Mental à desinstitucionalização desses moradores esse número caiu para cerca de 1.500 moradores em janeiro de 2019 (dado fornecido pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da SES/SP).

²⁷ Com as mudanças realizadas na Portaria GM n. 3588/2017, incluindo o apoio ministerial para o não fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos.

²⁸ De acordo com a publicação Saúde Mental em dados (2015), o país possuía 4.349 beneficiários do Programa De Volta para Casa até 2014 e o Estado de São Paulo 1.323 beneficiários. Usuários com BPC/LOAS

Acolhimento (UA),²⁹ a maioria deles presentes na cidade de São Paulo. Paradoxalmente, houve certo incremento nos investimentos de ações e serviços ligados a modalidades de tratamento de dependentes químicos, como leitos de internação para esses casos e vagas em comunidades terapêuticas.³⁰

Cabe apontar, a partir desse último comentário, a ocorrência de mudanças nas prioridades de agenda para a implantação dos pontos de atenção da RAPS como, para citar exemplo que tem gerando muita discussão, a polêmica do uso e dependência de álcool e outras drogas nas políticas públicas. No passado, com a criação de programas específicos (a exemplo do *Crack: é possível vencer* (programa federal), Recomeço (programa estadual paulista) e o *De Braços Abertos* (programa municipal paulistano), foram implantadas linhas de tratamento específicas, com entrada de aporte financeiro e investimentos a serviços destinados ao problema da dependência química. Com isso, de um lado incentivou-se a implantação de CAPS AD, Consultórios na Rua, Unidades de Atendimento, leitos em hospitais gerais, entre outros serviços e programas, e de outro lado, leitos em hospitais especializados psiquiátricos e vagas em comunidades terapêuticas.

Há diferenças conceituais sobre a abordagem ao problema, acrescida de certa reatualização e tensionamento no campo da Saúde Mental, devido às divergências entre

possivelmente são mais frequentes. No Censo de 2014 foram identificados 2.314 beneficiários entre os moradores de hospitais psiquiátricos, contudo, a maioria (1.502 casos) estava em regime de interdição judicial, sob a tutela de um curador, muitos deles membros da administração do hospital em que estavam internados. Seria necessário rever a qualidade e a necessidade das relações de curatela que podem estar atreladas a esse benefício, no intuito de evitar abusos ou desvios (CAYRES e col., 2015).

²⁹ Até janeiro de 2019 foram habilitadas em todo o país somente 136 UAs de adulto e 36 UAs infanto-juvenis. No Estado de São Paulo constam 25 UAs de adulto e 6 UAs infanto-juvenis (Fonte Datasus)

³⁰ Há uma série de críticas referente a entrada das comunidades terapêuticas como um dos serviços incentivados na RAPS. De forma sintética está relacionado com a origem dessas instituições, muitas delas religiosas (o que pode impor sua crença a quem é encaminhado para uma vaga), com falta de diretrizes técnicas em sua atuação, falta de fiscalização, monitoramento e avaliação e, principalmente, por serem instituições afastadas de centros urbanos, funcionando de forma isolada, geralmente apartadas dos demais serviços que compõem as redes de serviços assistenciais do território. De acordo com pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA em 2017, o Brasil possuía 1.963 comunidades terapêuticas e o Estado de São Paulo tem 420 unidades. Parte das vagas são ofertadas a usuários SUS, via credenciamento dessas entidades. Pelo Programa Recomeço, em 2019, o Estado de São Paulo possuía aproximadamente de 2.300 vagas (cerca de 1.300, dado informado por meio de comunicação institucional da equipe da Secretaria de Desenvolvimento Social, atual gestora dessa interface do programa, somadas a outras 1.000 vagas ainda vinculadas a Secretaria Estadual da Saúde, segundo consulta à assessoria técnica).

modelos propostos (similar ao que acontece com a psiquiatria em geral). Inclusive equipes dos serviços de saúde são influenciadas por tais divergências e podem trabalhar de forma mesclada ou mais direcionada a alguma dessas duas modalidades de atuação.

Em seu cerne, há de um lado o modelo que defende a necessidade de maior cerceamento, controle e abstinência ao uso das drogas no tratamento, com blindagem ao local de acesso às substâncias. O que se diferencia é que a vertente abstinentista tende a considerar como terapêutico e parte do tratamento, o afastamento do dependente de seu meio por determinado período. Dessa forma, possivelmente utiliza com maior frequência o recurso das internações (voluntária, involuntária e compulsória) em leitos de hospitais gerais ou especializados (psiquiátricos) e de indicações de vagas em comunidade terapêutica, geralmente situados em lugares distantes e afastados da vida urbana.

E, de outro lado, há o modelo que parte da necessidade de uma aceitação crescente da pessoa ao tratamento, preferencialmente ofertado em seu espaço de convivência, mas com sugestão de afastamento dos locais de acesso, visando ações de apoio social e de “redução de danos”, abordagem que preconiza uma diminuição gradativa dos prejuízos do consumo das drogas.³¹ Na vertente da redução de danos não há imposição ao tratamento clínico ou de abstinência para que o indivíduo seja cuidado. De forma geral, o tratamento se dá no território onde o dependente circula, via Consultório na Rua, CAPS AD e outros serviços localizados na região. Eventualmente é realizada internação, preferencialmente em Hospital Geral. Também se utiliza o acolhimento noturno em CAPS AD III (que possui leitos para essa

³¹ O cerne dessa diferença relaciona-se sobretudo ao eixo interpretativo das causas da dependência em relação às drogas. A linha biomédica considera o uso da substância e seu efeito no organismo como a principal origem do vício e, por este motivo, tal como um mal a ser combatido, a droga deve ser coibida de forma contundente inclusive por meio da Justiça e da Segurança que, no caso do Brasil, já comumente se privilegia medidas repressoras com forças policiais e excessivo encarceramento. Na abordagem psicossocial, a dependência é consequência, e não causa, de problema complexo e multifatorial que envolve uma série de outras vulnerabilidades e desigualdades sociais, decorrentes de crise política, perda de direitos e proteções securitárias, sociedades conflituosas, pobreza, desemprego, baixa escolaridade, entre outros fatores (RUI e col., 2016). KINOSHITA (2019) aborda esse problema à partir da articulação de três diferentes paradigmas: o da Coerção (vinculado ao campo da Segurança); da Morbidade-sanidade (do campo da Saúde) e o da Coesão Social para analisar esse fenômeno de modo mais complexo.

finalidade) e, quando há necessidade identificada de serviço provisório de moradia, indica-se uma UA situada na região, caso seja possível contar com esse recurso, ainda bastante escasso.³² Alguns programas (como o extinto *De Braços Abertos*³³ do município de São Paulo) também oferecem outras modalidades de moradia (albergues, aluguel social), atividade de geração de renda e trabalho, alimentação e acesso a serviços públicos da região (GAROFALO e col., 2015).

No Estado de São Paulo, essa polarização no tema das drogas esteve muito presente e a disputa de modelos foi marcante no município de São Paulo até 2016, com os Programas *Recomeço* (Estadual, vertente da abstinência) e o *De Braços Abertos* (Municipal, vertente da redução de danos) que foi gradativamente substituído pelo *Programa Redenção*, com proposta alinhada ao modelo do *Recomeço*. Desde 2017 essa disputa encontra-se mais acirrada e recrudescida também no nível federal, levando a uma expressiva inibição da estratégia da redução de danos. Além disso, embora as Comunidades Terapêuticas continuem a ser indicadas como serviços de ponto de atenção da RAPS, a gestão dos convênios foi transferida para o Ministério de Desenvolvimento Social (o Estado de São Paulo tem seguido a mesma lógica).³⁴

Por fim, é importante mencionar que diversas ações federais ocorridas após o processo de impeachment de 2016 e a partir da entrada do governo de extrema direita, em 2019, tem modificado as políticas de cuidado a dependentes de álcool e outras drogas, entre outras

³² São poucas as unidades existentes e são indicadas para municípios de maior porte (a partir de 200.000 habitantes). No Estado de São Paulo há somente 40 municípios com esse perfil. Na ausência desse tipo de recurso é necessário procurar por outros serviços de acolhimento e moradia, possivelmente por meio da área da Assistência Social.

³³ RUI e col. (2016) afirmam que o programa foi inovador em vários aspectos, embora tenha apresentado fragilidades. KINOSHITA (2019) ressaltou como diferencial a oferta de moradia atrelada a uma atividade de geração de renda, um dos direitos primordiais de garantia de cidadania.

³⁴ O coordenador de Saúde Mental que esteve no cargo de 2017 a 2019 no Ministério da Saúde assumiu secretaria especial pelas políticas sobre álcool e outras drogas no Ministério do Desenvolvimento Social atualmente denominado Ministério da Cidadania.

políticas de saúde e as sociais.³⁵ Observam-se mudanças nas prioridades, nos investimentos e com recrudescimento de algumas ações visando propostas de maior cerceamento e controle para o grupo denominado de dependentes químicos, mas que provavelmente também se amplia para outros que se encontram num sofrimento psíquico mais persistente (entre outros grupos sociais em situação de vulnerabilidade). As mudanças realizadas na portaria da RAPS em 2017, com incentivo em leitos de psiquiatria, serviços ambulatoriais especializados e a disponibilização de vagas em comunidades terapêuticas, parecem sinalizar essa tendência, assim como as primeiras modificações anunciadas nas políticas de saúde mental e, em particular, nas destinadas aos cuidados dos dependentes de álcool e outras drogas, com utilização da internação compulsória e involuntária de forma mais contundente e a adoção da abstinência como condicionante ao tratamento a ser oferecido ao usuário SUS.

Some-se a isso a publicação da polêmica nota técnica feita em 2019 pelo Ministério da Saúde,³⁶ retirada do ar às pressas depois da má repercussão na mídia e que, além de representar uma guinada em termos de intolerância e preconceitos sociais, aponta para grave retrocesso da política.

Essas mudanças fragilizam os alicerces que sustentaram as conquistas do movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial e, de forma concreta, podem gerar novos moradores de hospitais psiquiátricos.

³⁵ Há um movimento de fragilização e precarização do pacto federativo preconizado na Constituição de 1988 para políticas fundamentais ao Estado de Bem-Estar Social, tais como as leis trabalhistas, previdenciárias, de saúde e assistência social. Além de mudanças e corte nos incentivos à Educação e Cultura. E recebe apoio de parcela significativa da sociedade, numa explícita campanha de ataque ao campo dos Direitos Humanos.

³⁶ A nota técnica n. 11/2019 que apresenta “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas” foi publicada praticamente na véspera da saída do coordenador de saúde mental (que ficou na área de 2017 a 2019) para assumir uma secretaria especial do MDS. Apesar do documento ter sido retirado da página do Ministério da Saúde, permaneceu divulgado como vigente no portal do MDS até a conclusão desse trabalho (Conferir em <http://mds.gov.br/obid/nova-politica-nacional-de-saude-mental>).

A experiência no nível da Secretaria Estadual da Saúde propiciou observar o quão complexo é a implantação de um programa ou serviço público de saúde que se espera funcionar em rede, interconectando-se a outros serviços de um território. Esse serviço nasce em meio a uma série de negociações locais e, dependendo da finalidade, também regionais, de extensas exigências burocráticas, de idas e vindas decorrentes de mudanças ao longo desse percurso (como certa rotatividade dos atores envolvidos nesse processo), inclusive na condução da política. De modo geral, um serviço prospectado, quando consegue se concretizar, já se constitui subfinanciado e sobrecarregado. Ele ocupa um lugar faltante, de vazio assistencial em meio a outras carências, e depende de uma equipe que precisa se constituir e aprender a trabalhar numa lógica diferenciada: a do modelo de atenção psicossocial, que procura ter outro olhar sobre esse trabalho, de cuidado ampliado e preferencialmente compartilhado com quem é sujeito desse cuidado, além dos demais serviços que eventualmente se conectam a esse processo. Quando consegue atingir esse momento de se organizar para o trabalho em rede, finalmente transforma-se em ponto de atenção que atua nessa direção ideal. Mesmo desconsiderando os possíveis problemas e dificuldades que atravessam esses diferentes momentos e dimensões, fica visível a complexidade desse contexto. E toda a série de tensionamentos e atravessamentos que compõem essa trama.

As formações colegiadas e grupais são parte fundamental dos entes atuantes desse processo, aquelas que se organizam com representantes para discussões técnicas e decisões políticas que permeiam a implementação de uma rede. No caso da RAPS há os grupos condutores regionais e o estadual que, na configuração paulista, se formam nos desenhos territoriais planejados às redes, coincidentes com as regiões de saúde (com processos

distintos, apesar de interligados).³⁷ Esses grupos são as instâncias que tem a responsabilidade de coordenar a implantação das redes nos territórios. E neles que perpassam as influências de aspectos históricos territoriais e dos jogos de poderes técnicos e políticos inerentes a esse processo. As diferenças territoriais também se relacionam com a formação desses grupos, atravessados por essas interferências, propiciando ou não as condições de possibilidade para a governança territorial de sua rede: há aqueles que conseguiram se constituir e estabelecer suas agendas e ações territoriais e há também os que não conseguiram se constituir ou encontram-se fragilizados e/ou esvaziados.³⁸

A instância técnica-política interfederativa que pode se conectar e apoiar esses grupos regionais é o Grupo Condutor Estadual da RAPS. De responsabilidade do ente estadual, ele tem a função de acompanhar processos de implantação e interligação dessas redes como política estadual de saúde mental.³⁹ E também sofre os efeitos das relações e jogos de poder presentes nesse contexto.

Essa pesquisa se origina desse olhar, desse interesse em analisar esses fenômenos do ponto de vista do que se observa e do que se produz nessa instância e conjuntura. E considera a hipótese de que o funcionamento dos grupos condutores possibilitam a condução das ações e a tessitura das memórias dessas redes (por meio, por exemplo, do registro documental dos PARs), o que pode auxiliar na implantação de uma política com mais constância, sem tantas

³⁷ A Assessoria Técnica de Saúde Mental esclareceu que essa decisão ocorreu para facilitar a organização dos grupos condutores regionais que nesse contexto deveriam se constituir nas 63 CIRs. Tal iniciativa ocorreu em parte porque o Estado possui um número elevado de municípios e é o mais populoso no país e, da outra parte porque, na ocasião da publicação da deliberação CIB da RAPS em nível estadual, as regiões estavam num momento de maior mobilização para a organização de grupos técnicos e deliberativos em seus territórios, por conta do processo de regionalização iniciado a partir do decreto federal 7.508/2011. Devido a essa sobreposição, as discussões dos processos das redes e das regiões de saúde podem ficar mais difusas e se misturar em determinadas situações.

³⁸ Essas informações são comentadas durante as reuniões em que estão presentes os articuladores regionais de saúde mental que trabalham, somando-se a outras funções, nos DRSs.

³⁹ Segundo a Deliberação CIB n.87, de 2012, o GCE da RAPS é “formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), que terá como atribuições: a) Mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; b) Apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede; c) Identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; d) Monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.”

rupturas, perdas, arrefecimentos, atrasos entre outras vulnerabilidades do qual o sistema público de saúde fica suscetível diante das vicissitudes da política e das diferenças territoriais. Contudo, os desafios e exigências são muitos para a sua implantação que ocorre de forma heterogênea, descontínua e dependente dos tensionamentos e negociações geradas em cada região para se articularem a essa finalidade.

Há um desafio específico nesse processo de implantação da RAPS. Para que isso ocorra de forma efetiva, fica-se na dependência da criação de novos equipamentos de base territorial e comunitária (são serviços menores e mais capilarizados), leitos para internações abreviadas em hospitais gerais, em conjunto à estrutura padrão dos serviços da atenção básica e os de média e alta complexidade, muito embora esta também possa apresentar carências ou demandar melhorias, por exemplo, em sua regulação, ou então, na ampliação ou aquisição de serviços e equipes. A RAPS, por apresentar essa necessidade de instalação de novos CAPS, SRT, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, equipes NASF, entre outros, provavelmente torna tal processo mais complexo, incluindo um tempo estendido na arena das negociações interfederativas e nas burocracias inerentes a essas novas aquisições.

Contudo, essa expansão é finita. Boa parte do território é composto por municípios com menos de 15.000 habitantes. Há 350 no total (pouco mais da metade dos municípios do Estado de São Paulo) que não tem base populacional para implantar CAPS, o que reforça o quão fundamental é a Atenção Básica na RAPS (e no SUS), que apesar de apresentar coberturas desiguais, é o ponto de atenção que está presente em todos os territórios independentemente de seu porte populacional. Assim como os pontos de atenção relacionados às atividades que incentivam o envolvimento na e com a comunidade pela cultura local, a exemplo dos Centros de Convivência e Cooperativas (CECCOs), que são politicamente pouco investidos. Dos demais municípios de porte populacional maior há quase 200 municípios que possuem porte populacional entre 15.000 e 70.000 habitantes, a faixa que pode contar com a

implantação de um CAPS I, serviço muitas vezes considerado como o mais complexo de todos os tipos de CAPS, visto que são os que poderiam acolher quaisquer casos de sofrimento psíquico de distintas faixas-etárias (do perfil indicado ao CAPS, geralmente em condição crônica ou crítica), além de ser referência no apoio ao cuidado de demais quadros relacionados à saúde mental do território, eventualmente acompanhados por demais serviços da Atenção Básica. Restam cerca de 100 municípios de maior porte que conseguiriam implantar CAPS de diferentes modalidades: os de turno expandido (CAPS II) ou 24 horas com possibilidade de leito de acolhimento noturno (CAPS III), ou ainda, aqueles voltados a grupos específicos, como é o caso das crianças e adolescentes (CAPSi) e dos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas (CAPS AD). E não são todas as regiões de saúde que possuem ao menos um município com esse porte, o que também dificulta a implantação desses serviços visto que a capacidade instalada fica atrelada ao porte populacional dos municípios.

Outro desafio importante é a educação permanente dos profissionais que compõem o corpo funcional da RAPS, por conta de eventuais lacunas ou atualizações na formação profissional. Muitos são formados em cursos que ainda preservam um currículo predominantemente voltado ao modelo clínico biomédico tradicional, de consultório, pouco direcionado aos princípios que norteiam o SUS e da forma como os serviços públicos de saúde se organizam a partir de suas premissas e necessidades (NETO, 2011; FEUERWERKER, 2014).

Acrescenta-se a isso uma outra peculiaridade. A história recente da reforma psiquiátrica com seus desdobramentos e embates demonstra o intenso conflito de correntes e profissionais que disputam espaço no modelo de atendimento oferecido ao usuário. Há, por exemplo, a vertente que podemos denominar de biomédica, da modalidade psiquiátrica e psicológica herdeira de uma tradição organicista, medicalizante, hospitalocêntrica, cerceadora

e tutelar (que opera como dispositivo asilar ou manicomial),⁴⁰ e a que dá maior ênfase ao social, à interdisciplinaridade, e que é focada no incentivo à participação ativa e autonomia do usuário, visando à proteção de direitos (que em contraposição, funciona como dispositivo da saúde mental ou da atenção psicossocial).

Essa última vertente passou a estar, desde a reforma psiquiátrica, mais presente. Porém, essa presença também é relativa, visto a coexistência de hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e programas conflitantes direcionados a um mesmo grupo, a exemplo dos propostos para usuários de álcool e outras drogas, como o que aconteceu no *Programa Recomeço* e o *De Braços Abertos*. E esse pêndulo pode se movimentar mais de um lado do que de outro, num mecanismo de dispositivo dual, de controle e cuidado, tal como se fosse uma dobradiça, sempre presente nas questões que envolvem a Saúde.⁴¹ E que, dependendo do momento histórico em que se vive, somado aos consequentes reflexos na sociedade, as decisões políticas tendem mais a uma ou outra vertente, em maior ou menor grau, com seus jogos de poder em relação.

Passadas cerca de duas décadas, os principais defensores e referências da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial conquistaram espaços não somente nos meios acadêmicos, mas também nos últimos Governos.⁴² Essas posições permitiram, a partir das premissas desses movimentos, ações diversificadas na implantação das políticas públicas de saúde mental, por meio da aprovação de leis e diretrizes, bem como no investimento à rede substitutiva de serviços em contraponto aos hospitais psiquiátricos. O recente cenário político tem provocado outro movimento com o consequente afastamento dessas referências. A atual condução nacional da política, por meio de profissionais da vertente biomédica em cargos

⁴⁰ Na literatura são usados termos como modelo, paradigma ou dispositivo asilar ou manicomial e, como contraponto, modelo, paradigma ou dispositivo da saúde mental ou atenção psicossocial. Conferir em PORTOCARRERO (1990), KINOSHITA (1996), COSTA-ROSA (2000), FOUCAULT (2006), entre outros.

⁴¹ Kinoshita comenta sobre esse dispositivo durante banca de qualificação da pesquisa. No contexto das discussões das políticas para dependentes químicos (de crack), KINOSHITA (2019) discorre sobre os paradigmas da coerção, da morbidade-sanidade e da coesão social.

⁴² Mais especificamente nos Governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso, Lula e Dilma.

estratégicos da gestão pública, tem gerado rearranjos na concepção, no planejamento e na implantação da RAPS.⁴³

Estudar esse movimento, discutir o que acontece nessa perspectiva das relações intergovernamentais, com foco regional e estadual, oferece a possibilidade de analisarmos esses fenômenos pelo prisma da política, um tema que tem a sua importância, pois a implantação da RAPS depende também dessas relações. Contudo, em função dessa dimensão, será preciso abrir mão da riqueza de um estudo como o de experiências no nível mais singular, do território, dos serviços e equipes de saúde, uma das limitações desse estudo. Essa decisão está sustentada numa expectativa de que esse recorte possa oferecer contribuições e informações sobre esse ponto de vista da macropolítica, mais especificadamente, dos processos concernentes à implantação de uma política pública em saúde mental, no nível estadual, e seus reveses nas relações intergovernamentais estabelecidas.

É importante ressaltar, dentro desse contexto, que a atual Saúde Coletiva e o SUS, em particular, são herdeiros de uma Medicina Social descrita por FOUCAULT (1979a) como a área que sobrepõe formas de organização de distintos sistemas médicos visando, por exemplo, a assistência pública, a organização administrativa, a análise das regiões no espaço urbano, o controle da circulação de elementos e das doenças por meio de registros epidemiológicos, o cordão sanitário para a prevenção de moléstias, entre outras formas de organização. De certa maneira, o SUS é arrojado nessa espécie de esquadramento técnico quando propõe um sofisticado sistema de funcionamento em rede, numa complexa trama sobreposta por temas transversais, como a saúde mental, e com a participação e os processos decisórios de várias instâncias coletivas nos diferentes níveis de gestão. Para além das burocracias pertencentes ao sistema, é um campo que naturalmente apresenta um tenso jogo de forças pela própria lógica de seu funcionamento: tecnológico, estratégico, micropolítico, capilarizado, disseminado e

⁴³ Ideia discutida informalmente com Regina Bichaff.

disperso. Se de um lado existe o objetivo de sistematizar e garantir o funcionamento em redes, de outro há que se considerar toda a heterogeneidade, as discontinuidades e a polissemia discursiva relacionada a esses processos.

A partir desse cenário e por meio dos processos discutidos no âmbito de um grupo condutor consultivo da instância estadual, levantam-se as seguintes questões: o que pode promover ou dificultar a implantação e expansão da RAPS no Estado de São Paulo? Quais negociações, pactuações e jogos de forças políticas e técnicas ocorrem dentro dessa lógica? Como acontece esse processo em termos de suas particularidades regionais? E de que forma são lidadas suas heterogeneidades e (des)continuidades?

O contato com documentos, informações e discussões ocorridas nos diferentes níveis de gestão forneceu subsídios valiosos para essas questões e as análises que o estudo pretendeu realizar.

O acompanhamento detalhado da implantação de uma política pública, do ponto de vista de seus processos consultivos e deliberativos, em nível regional e estadual, bem como na produção de dados, é tema pouco encontrado em trabalhos e pesquisas acadêmicas nas áreas de conhecimento associadas à saúde mental, provavelmente por diferir, como modalidade de pesquisa, do que se produz de forma mais frequente tais como estudos qualitativos, trabalhos ensaísticos e revisionais.

A análise realizada a partir de dados públicos (no DATASUS e outras fontes), de registros tais como os planos de ação regional da RAPS e de documentos elaborados pelo grupo condutor, acrescidas, ao final do processo, de entrevistas para discussão dos dados levantados, possibilitou traçar um panorama do histórico e da rede existente dos serviços de saúde mental bem como seus problemas e vazios assistenciais, no interior dessa perspectiva.

O presente trabalho também pretendeu oferecer leitura crítica que apontasse para as complexidades desse campo, tais como a historicidade e o jogo de forças atuantes ao longo da

condução de uma política pública de saúde. E assim investigar, do ponto de vista da dimensão regional e estadual, como o passado, as transformações ocorridas após a reforma psiquiátrica, as transições políticas, as diferenças regionais, as pactuações e repactuações nos diferentes níveis de gestão e o próprio cenário atual de crise econômica e política, impactam e delimitam o processo de implantação da RAPS em termos de avanços e recuos.

III - RECURSOS METODOLÓGICOS

1 – Recursos e procedimentos para a análise das informações

Apesar de utilizar fontes diferentes, o foco da análise foi dado no contexto das discussões e processos produzidos pelo GCE da RAPS. A pesquisa utilizou 3 principais fontes para essa análise:

1) Acesso a dados em fontes públicas como DATASUS (para a capacidade instalada da rede de serviços de saúde do SUS, por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos – CNES e de produção assistencial pelos Sistema de Informações Hospitalares (SIH), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), (com ênfase no recorte do ano de 2018), normativas e documentos oficiais referentes às políticas públicas de Saúde Mental e de publicações em sites como os do Ministério da Saúde (MS), Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP), entre outros. Os PARs aprovados em CIB (19 documentos) estão incluídos nesse item. Encontram-se publicamente disponíveis no site da SES/SP.⁴⁴

O quadro abaixo apresenta a divisão do Estado de São Paulo por redes regionais, DRS e regiões de saúde, como referência para a análise dos dados:

⁴⁴ Conferir no link: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-sessp/saude-mental-alcool-e-drogas/plano-de-acao-das-raps-aprovadas-em-cib/>

Quadro 2. Divisão RRAS, DRS, região de saúde, com total de municípios

RRAS	DRS	REGIÃO	TOTAL MUNICÍPIOS
RRAS01	GRANDE SÃO PAULO	GRANDE ABC	7
RRAS02		ALTO DO TIETÊ	11
RRAS03		FRANCO DA ROCHA	5
RRAS04		MANANCIAIS	8
RRAS05		ROTA DOS BANDEIRANTES	7
RRAS06		SÃO PAULO	1
RRAS07	BAIXADA SANTISTA	BAIXADA SANTISTA	9
	VALE DO RIBEIRA	VALE DO RIBEIRA	15
RRAS08	SOROCABA	ITAPETININGA	13
		ITAPEVA	15
		SOROCABA	20
RRAS09	BAURU	VALE DO JURUMIRIM	17
		BAURU	18
		POLO CUESTA	13
		JAU	12
		LINS	8
RRAS 10	MARÍLIA	ADAMANTINA	10
		ASSIS	13
		MARÍLIA	19
		OURINHOS	12
		TUPÃ	8
RRAS 11	PRESIDENTE PRUDENTE	ALTA PAULISTA	12
		ALTA SOROCABANA	19
		ALTO CAPIVARI	5
		EXTREMO OESTE PAULISTA	5
		PONTAL DO PARANAPANEMA	4
RRAS 12	ARAÇATUBA	CENTRAL DO DRS II	11
		DOS LAGOS DO DRS II	12
		DOS CONSORCIOS DO DRS II	17
	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	CATANDUVA	19
		SANTA FÉ DO SUL	6
		JALES	16
		FERNANDÓPOLIS	13
		SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	20
		JOSÉ BONIFÁCIO	11
RRAS 13	ARARAQUARA	VOTUPORANGA	17
		CENTRAL DO DRS III	8
		CENTRO OESTE DO DRS III	5
		NORTE DO DRS III	5
	BARRETOS	CORAÇÃO DO DRS III	6
		NORTE-BARRETOS	10
		SUL-BARRETOS	8
	FRANCA	TRÊS COLINAS	10
		ALTA ANHANGUERA	6
		ALTA MOGIANA	6
	RIBEIRÃO PRETO	HORIZONTE VERDE	9
		AQUIFERO GUARANI	10
		VALE DAS CACHOEIRAS	7
RRAS 14	PIRACICABA	ARARAS	5
		LIMEIRA	4
		PIRACICABA	11
		RIO CLARO	6
RRAS 15	SÃO JOÃO DA BOA VISTA	BAIXA MOGIANA	4
		MANTIQUEIRA	8
		RIO PARDO	8
	CAMPINAS	METROP. CAMPINAS	19
		OESTE VII – Circuito das Águas	5

RRAS 16		BRAGANÇA	11
		JUNDIAÍ	7
RRAS 17	TAUBATÉ	ALTO VALE DO PARAÍBA	8
		CIRCUITO DA FÉ - VALE HISTÓRICO	17
		LITORAL NORTE	4
		V. PARAÍBA - REG. SERRANA	10
17 DRS		63 RAPS	645

2) Diário de campo e consulta a documentos produzidos (pautas, atas, memórias das reuniões e das discussões dos PARs) no Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, (instância de caráter público), durante período de participação entre os anos de 2016 a 2019, com a anuência da coordenadora do grupo (Anexo 1).

3) Para discussão dos dados levantados e previamente analisados foram realizadas 4 entrevistas semiestruturadas com parte dos membros do GCE (2 representações municipais e 2 estaduais), mediante participação firmada por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

Cabe ressaltar que o acesso aos documentos (dados secundários) do GCE da RAPS e as entrevistas foram realizados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Humana, conforme resolução CNS 466/2012.

2 - Referencial teórico

“(...) O problema que está em jogo para mim é este: no fundo não são precisamente os dispositivos de poder, com o que essa palavra – poder – ainda tem de enigmático e que vai ser preciso explorar, o ponto a partir do qual deve-se poder assinalar a formação das práticas discursivas? Como esse arranjo de poder, essas táticas e estratégias de poder podem dar lugar a afirmações, negações, experiências, teorias, em suma, a todo um jogo de verdade? Dispositivo de poder e jogo de verdade, dispositivo de poder e discurso de verdade, é um pouco isso que eu gostaria de examinar.” (FOUCAULT, 2006, p.17-18)

Embora prevista a realização de levantamento detalhado das normativas e informações quantitativas em bases de dados públicas (DATASUS e outros) para subsidiar as discussões

desse estudo, trata-se de pesquisa-ação, de abordagem qualitativa, que adotará análise discursiva referenciada pela teoria de Michel Foucault.

A finalidade desse levantamento é fornecer informações objetivas (por exemplo, sobre a capacidade de serviços instalados numa dada região e em quais modalidades) que possam embasar de forma associativa com a história e sua recente mudança de modelo proposto por meio da reforma psiquiátrica (últimos 30 anos), à trajetória de estruturação da Rede de Atenção Psicossocial e às atuais discussões que versam sobre esse tema, incluídas divergências e polêmicas presentes. Segue a intenção de manter a discussão por um prisma técnico-qualitativo, com a adoção dessa estratégia para minimizar interpretações que possam ser denominadas como de viés ideológico, argumento frequentemente utilizado por uma parcela de pesquisadores de abordagem biomédica, para desqualificar parte das ações, estudos e pesquisas que abordam o modelo de atenção psicossocial.

Essa necessidade foi um dos desdobramentos das discussões do GCE da RAPS para auxiliar nos processos de pactuação interfederativa, incluindo as recentes mudanças na política em nível nacional e as discussões que envolviam outros atores representantes de serviços e entidades profissionais. O GCE tinha informações parciais ou fragmentadas sobre as redes, boa parte oriunda dos PARs que foram entregues e considerou importante desenvolver essa iniciativa. Um exemplo disso, que fez parte desse levantamento, foi a realização de uma investigação de dados para analisar e, de certa forma confrontar a afirmação de que faltavam leitos em psiquiatria,⁴⁵ tema que se repetia em parte das reuniões

⁴⁵ Com a afirmação, inclusive, de que o Movimento da Reforma Psiquiátrica provocou uma desassistência por ser “ideológica”, desconsiderando os inúmeros problemas amplamente discutidos sobre o modelo asilar ou manicomial e do que se investiu em redes substitutivas aos hospitais psiquiátricos. Essa crítica “do ideológico” está muito presente no cenário atual, promovida por parcela de representantes do recente governo e da sociedade brasileira, em embate às universidades públicas, principalmente quando se trata de produções oriundas das ciências humanas.

O campo da Saúde Coletiva também se inclui nesse contexto, porque agrega investigações para além das ciências médicas e biológicas, quando se propõe a fazer uma crítica da universalidade do saber médico, considerando o campo mais abrangente e complexo do que o restrito a medicina (BIRMAN, 1991).

do grupo, tal como disseminado por meio de entidades de classe médica, representantes do atual governo, parcela do meio acadêmico, entre outros entes.⁴⁶

A partir dessa situação, a escolha do referencial teórico pareceu viável, no recorte da micropolítica, para a análise das relações de poder-saber de representantes institucionais de órgãos técnicos e de governo, ambos importantes indutores das políticas públicas, algo mais apreensível e concreto do que por meio de leituras sobre a onipresença estatal das teorias que versam sobre a macropolítica.

As origens históricas desse funcionamento podem ser interpretadas por diferentes olhares, todavia, de acordo com os objetivos dessa pesquisa, considera-se apropriado adotar como referencial a teoria da biopolítica proposta por FOUCAULT (2006). Para o autor, em dado contexto histórico observa-se a presença de distintos saberes que se sobrepõem em uma mesma base, originada de um *a priori* de ordenação histórica, que oferece condições de possibilidade de coexistências heterogêneas e contraditórias entre si, que funcionam de forma reticular e disseminada, sobrepostas, mas também de modo descontínuo.

Tais saberes, não necessariamente científicos, são dispositivos de essência política. Nessa perspectiva, saberes e poderes funcionam tal como dobras articuladas, no qual um se constitui por meio do outro, de forma retroalimentada. Na trama social, um conglomerado de saberes-poderes exerce tensões em pontos e níveis distintos. Embora sofra certa influência do poder estatal, mantém relativa autonomia e existência paralela em relação a ele. O seu modo de operação dá-se por meio de dispositivos de controle, que se disseminam de forma capilarizada, microfísica, sem limites ou fronteiras, numa condição em que ninguém e nenhum lugar escapa ou fica isento. O objetivo final de sua influência é o corpo, na intenção de discipliná-lo e aperfeiçoá-lo, tornando-o ao mesmo tempo um corpo economicamente útil e dócil do ponto de vista da política, diminuindo possíveis ameaças. A resistência, aquilo que

⁴⁶ Conferir em: <https://www.abp.org.br/notasoficiais>.

escapa inicialmente dessa trama, até sua acomodação também como produto de uma estratégia saber-poder que a incorpora, é o que promove o movimento desse mecanismo. Esse domínio, ao nível dos corpos, Foucault nomeou de *biopoder* (FOUCAULT, 2006; MACHADO, 1988).

Para essa análise cabe delinear determinados operadores discursivos por meio da seleção de temas em repetição ou por relevância. Segundo FOUCAULT (2003), as formações discursivas estabelecem códigos e produzem efeitos de verdade necessários à sua existência:

Se eu estudei ‘práticas’ como as do sequestro de loucos, ou da medicina clínica, ou da organização das ciências empíricas, ou da punição legal, foi para estudar este jogo entre um ‘código’ que regula maneiras de fazer (que prescreve como selecionar pessoas, como educar os indivíduos etc.) e uma produção de discursos verdadeiros que servem de fundamento, de justificação, de razões de ser e de princípio de transformações a essas mesmas maneiras de fazer. (FOUCAULT, 2003, p.343)

Na análise dos *regimes de práticas discursivas* há que se apreender as programações de conduta discursiva que produzem: efeitos de *prescrição* e *jurisdição* dos quais indica-se o que se deve fazer; e efeitos de *codificação* e *veridicidade* quanto ao que se deve saber (FOUCAULT, 2003). O autor acrescenta que:

(...) essas programações induzem toda uma série de efeitos no real (...): elas se cristalizam nas instituições, informam o comportamento do indivíduo, servem de grade para a percepção e apreciação das coisas. (...) Essas programações de conduta, esses regimes de jurisdição/veredicto não são projetos de realidade que fracassam. São fragmentos de realidade que induzem esses efeitos de real tão específicos, que são aqueles da divisão do verdadeiro e do falso na maneira como os homens se ‘dirigem’, se ‘governam’, se ‘conduzem’ eles próprios e os outros. (p.345-346)

O autor aponta que nas produções discursivas há uma *vontade de verdade* apoiada em um dado suporte e distribuição institucional que exerce pressão sobre outros discursos por meio do controle disciplinar. A disciplina define limites e reforça sua regularidade em busca de uma identidade. Cada prática discursiva é canal de articulação com o poder e o saber e possui sua regularidade e estratégia. E também sua forma de resistência:

(...) não se deve imaginar um mundo do discurso dividido entre o discurso admitido e o discurso excluído, ou entre o discurso dominante e o dominado; mas, ao contrário, como uma multiplicidade de elementos discursivos que podem entrar em estratégias diferentes. É essa distribuição que é preciso recompor, com o que admite em coisas ditas e ocultas, em enunciações exigidas e interditas; com o que supõe de variantes e de efeitos diferentes segundo quem fala, sua posição de poder, o contexto institucional em que se encontra; com o que comporta de deslocamentos e de reutilizações de fórmulas idênticas para objetivos opostos. (...) É preciso admitir um jogo complexo e instável em que o discurso pode ser, ao mesmo tempo, instrumento e efeito de poder, e também obstáculo, escora, ponto de resistência e ponto de partida de uma estratégia oposta. O discurso veicula e produz poder; reforça-o mas também o mina, expõe, debilita e permite barrá-lo. (...) Cumpre interrogá-los nos dois níveis, o de sua produtividade tática (que efeitos recíprocos de poder e saber proporcionam) e o de sua integração estratégica (que conjuntura e que correlação de forças torna necessária sua utilização em tal ou qual episódio dos diversos confrontos produzidos). (FOUCAULT, 1999, p. 95-97)

Ao se nortear por pressupostos foucaultianos, a análise será baseada num tipo de visão de Estado que difere das teorias em voga, por enfatizar seu aspecto mais descentralizado e microfísico, como práticas discursivas de governamentalidade:

Mas se, em compensação, dizer “renunciar a fazer uma teoria do Estado” significa não começar por analisar em si e por si a natureza, a estrutura e as funções do Estado, se renunciar a fazer uma teoria do Estado quiser dizer não procurar deduzir, a partir do que é o Estado como uma espécie de universal político e, por extensão, o que pode ter sido o estatuto dos loucos, dos doentes, das crianças, dos delinquentes, etc., numa sociedade como a nossa, então responderei: sim, claro, a essa forma de análise estou decidido a renunciar. Não se trata de deduzir todo esse conjunto de práticas do que seria a essência do Estado em si mesma e por si mesma. É preciso renunciar a tal análise, primeiro, simplesmente porque a história não é uma ciência dedutiva, segundo, por outra razão mais importante, sem dúvida, e mais grave: é que o Estado não tem essência. O Estado não é universal, o Estado não é em si uma fonte autônoma de poder. (...) É por isso que eu me proponho a analisar essa angústia do Estado, essa fobia do Estado, que me parece um dos traços característicos de certas temáticas correntes na nossa época. Ou antes, proponho-me retomá-la e testá-la, mas sem procurar arrancar do Estado o segredo do que ele é, como Marx tentava arrancar da mercadoria o seu segredo. **Não se trata de arrancar do Estado o seu segredo, trata-se de passar para o lado de fora e interrogar o problema do Estado a partir das práticas de governamentalidade.** (FOUCAULT, 2008, p.105-106, grifo nosso)

Foucault (1979b) menciona brevemente, em um de seus textos, os conceitos de Região e Território, tão presentes no objeto do presente estudo. Para o autor, território é “sem dúvida uma noção geográfica, mas é antes de tudo uma noção jurídico-política: aquilo que é controlado por um certo tipo de poder.” (p. 157). Já a região mantém uma delimitação fiscal, política e administrativa do saber, passível de análise:

Desde o momento em que se pode analisar o saber em termos de região, domínio, de implantação, de deslocamento, de transferência, pode-se apreender o processo pelo qual o saber funciona como um poder e reproduz os seus efeitos. Existe uma administração do saber, uma política do saber, relações de poder que passam pelo saber e que naturalmente, quando se quer descrevê-las, remetem àquelas formas de dominação a que se referem noções como campo, posição, região, território. (FOUCAULT, 1979b, p. 158)

A estratégia analítica visa justamente trabalhar as relações de saber e poder a partir dessa perspectiva, de que inerente à essa região, daquilo que se organiza no plano administrativo e burocrático, há essa interface das redes (no caso da saúde), que estabelece o jogo territorial e capilarizado das relações de poder. Contudo, também gera como efeito, os fenômenos de resistência, a expressão daquilo que escapa, que faz o contraponto e tece, nas tramas dessas redes, as diferenças tão presentes na história e no mapa dessa geografia estatal, apesar de todo o arcabouço normativo e legal que tenta nivelar o modo de funcionar de determinada política.

3 - O papel ativo da pesquisadora no estudo e o desenho metodológico como processo

A presente pesquisa seguiu rumo próprio. Inicialmente foi projetada da forma mais neutra possível, tal como esperado pela academia, contudo, no decorrer de sua realização, a participação da pesquisadora foi cada vez mais ativa em seu principal lócus de estudo.

O projeto de pesquisa inspirou-se sobretudo na experiência de realização do censo de moradores de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo entre os anos de 2013 e 2014. No momento de entrada na pós-graduação, a pesquisadora encontrava-se no interstício da saída de um trabalho com o aceno, após quase um ano, de outro, na Secretaria Estadual de Saúde, onde ingressou no primeiro semestre de 2016. Apesar de área próxima, o trabalho não seria na assessoria técnica de saúde mental.

Contudo, o desejo de participação nos espaços institucionais relacionados com o tema extrapolou de tal modo as fronteiras setoriais da secretaria que, de um inicial e tímido pedido de participação como ouvinte e observadora de instância estadual colegiada, o Grupo Conductor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, lócus do estudo, a pesquisadora passou a ser parte ativa do processo, como membra efetiva do grupo e produtora de informações para subsidiar as discussões do grupo. A grande receptividade e acolhida dos integrantes em relação à pesquisadora e vice-versa foi o principal motor dessa mudança.

Essa aproximação promoveu um contato mais rico e profundo com o objeto de estudo. Ofereceu múltiplos olhares e ângulos a ele. Tanto que gerou dificuldades sobre o recorte necessário a esse estudo, tal como o caminho metodológico mais condizente a uma tese de doutorado. Já ciente dos riscos, a pesquisadora foi alertada na banca de qualificação, do quanto essa aproximação poderia prejudicar parte das análises da pesquisa devido à perda da neutralidade.

Essa pesquisa precisou, portanto, assumir certa parcialidade frente ao objeto de estudo que pretendeu analisar. Quando se diz objeto, é importante esclarecer que apesar de seu suposto formalismo, o da implantação de uma política, ele é também relacional por envolver uma diversidade de pessoas, grupos, territórios, para além dos atravessamentos institucionais, normativos, de saberes e poderes. Próprio dessa natureza, tende a ser um objeto difuso, contraditório, com muitas sombras e pontos cegos, mas que, em suas frestas de luz, pode trazer algumas contribuições na envergadura de um doutorado. A intenção é, portanto, a de analisar o possível de capturar dessas frestas.

Inicialmente foi levantada a ideia da adoção de uma proposta mais formalista para a análise, com referências ligadas ao tema do planejamento. Na ocasião, considerava-se a possibilidade de analisar a implantação de uma política por meio do estudo de seus planos de ação (PARs), subentendendo-se a necessidade desse planejamento. Mas na prática, foi

possível observar as armadilhas de enveredar por essa proposta, visto que os processos de discussão das reuniões do GCE demonstravam melhor a riqueza das complexidades, dimensões e filigranas sobre esse tema da política, do que a análise de conteúdo dos planos, com foco no planejamento, que ficaria apartada desse rico contexto.

Diante dessa constatação, e da participação da pesquisadora cada vez mais presente no GCE, não foi encontrada nenhuma alternativa metodológica que pudesse melhor corresponder a essa condição, do que as que versam sobre pesquisa-ação e pesquisa-intervenção.

Modalidade oriunda de diversificadas e já tradicionais produções nacionais e internacionais que, em uma de suas definições, consiste em proposta de estudo cuja ênfase é o protagonismo, associado à ação ou levantamento de problema coletivo, num processo de envolvimento entre as partes (pesquisador e sujeitos da pesquisa) de forma participativa e cooperada. A presente pesquisa optou pelo enfoque nos aspectos sociopolíticos, considerados mais pertinentes à modalidade, do que a vertente dos afetos circulantes das relações interpessoais (TURATO, 2003; WALLERSTEIN, 2018). Entende-se que esses afetos são inerentes a essa dinâmica, permeiam e atravessam a todo instante quaisquer processos grupais, no entanto, o estudo inclinou-se a essa dimensão das representações institucionais e políticas.

A pesquisa, nessa abordagem ativa, também é vista de forma menos neutra, embora reitere a seriedade necessária para sua realização. Aliás, estende essa crítica a quaisquer pesquisas, das mais objetivas às qualitativas, visto que toda escolha do tema e do objeto do estudo depende dos movimentos e das particularidades do pesquisador. Essa modalidade de investigação parte do pressuposto de que o pesquisador, tal como seus sujeitos de pesquisa e até mesmo ele próprio como um deles, irá observar e interpretar a partir de dada história, que envolve tanto a formação como a trajetória pessoal e profissional, incluindo a maneira como ele se envolve no contexto a ser estudado. (TURATO, 2003; TOLEDO e col., 2018).

A estratégia metodológica adotada e a trajetória percorrida ao longo desse trabalho, por meio das premissas acima apontadas, aproxima-o de uma cartografia. Para PASSOS E BARROS (2015) o recurso cartográfico tem ressonância às pesquisas interventivas pela proposta de uma participação implicada do pesquisador (denominado cartógrafo) com seu campo e atores que compõe sua dimensão territorial de estudo. Este, no percurso investigativo, adota uma postura de envolvimento nos processos e de imersão experiencial junto aos seus pares. Segundo os autores: “Conhecer o caminho de constituição de dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio caminho, constituir-se no caminho.” (PASSOS E BARROS, 2015, p.31).

Do ponto de vista cartográfico, não se delineia a pesquisa previamente e de modo prescritivo, com objetivos e regras já definidos. Isso não implica, contudo, que se perca a direção ou a seriedade de sua elaboração. A diferença é que o foco se concentra no movimento dos processos inerentes ao objeto a ser analisado, incluindo a participação do pesquisador nesse contexto. Como depende desse movimento, algo sempre único e mutável, os teóricos que versam sobre a cartografia adotam como diretriz a ideia de “pistas” de orientação a esse percurso (PASSOS e BARROS, 2015; PASSOS, KASTRUP e ESCÓSSIA, 2015).

A pesquisa sobre a RAPS seguiu tais pistas e compartilhou da maneira cartográfica de operar indicada por FERIGATO e CARVALHO (2011) como aquela que: “se propõe a acompanhar processos de forma interventiva, quando essa intervenção produz um mundo de enunciados e visibilidades até então não exploradas.” (p. 672).

A cartografia baseia-se em grande medida no movimento institucionalista de inspiração francesa, principalmente nas obras de René Lourau e Felix Guattari, somadas às produções de Deleuze (PASSOS E BARROS, 2015; KASTRUP E BARROS, 2015). Contudo, o presente estudo considera a posição crítica de FOUCAULT (2006) quanto à

leitura institucional, principalmente a que partiu de sua autocrítica em relação à obra *História da Loucura*: de que o poder, seu abuso e violência não ocorre por meio da instituição, produto de sua lógica estrutural, mas ao contrário, a instituição é o resultado da conformação desse dado poder, que extrapola as próprias fronteiras institucionais. A instituição, portanto, não seria causa, mas consequência dele:

Ora, não creio tampouco que a noção de instituição seja muito satisfatória. Parece-me que ela encerra certo número de perigos porque, a partir do momento em que se fala de instituições, fala-se, no fundo, ao mesmo tempo de indivíduos e de coletividade, o indivíduo, a coletividade e as regras que as regem já estão dados, e por conseguinte, pode-se precipitar aí todos os discursos psicológicos ou sociológicos.

O que se deveria mostrar, na verdade, é que o essencial não é a instituição com sua regularidade, com suas regras, mas sim, precisamente, esses desequilíbrios de poder, sobre os quais tentei lhes mostrar como falseavam e, ao mesmo tempo, faziam funcionar a regularidade do asilo. O importante, portanto, não são as regularidades institucionais, mas muito mais as disposições de poder, as redes, as correntes, as intermediações, os pontos de apoio, as diferenças de potencial que caracterizam uma forma de poder e que, creio, são precisamente constitutivos ao mesmo tempo do indivíduo e da coletividade.

(...) aquilo com que se tem de lidar, antes de lidar com as instituições, são as relações de força nessas disposições táticas que perpassam as instituições. (p. 19-20)

A psiquiatria asilar herda ou se apropria do aparato institucional anterior (grande internamento) ao surgimento da medicina psiquiátrica e o remodela. Ele se sofisticava, se moderniza e se reforma ao longo da história e fornecerá as bases para a disciplinarização dos corpos e a medicalização da sociedade na Idade Moderna. FOUCAULT (2006) demonstra como toda a série de estratégias oriundas desse arcabouço institucional e apropriadas pelo saber médico, ultrapassará as barreiras institucionais para tomar a vida em seu nível elementar, individual e corporal, tornando-a mais saudável, eficiente, economicamente útil e dócil. São inúmeros os exemplos de ações, produtos, fórmulas e códigos que ditam e prometem uma vida pretensamente plena e saudável. E, no caso da psiquiatria, a promessa de uma mente equilibrada e sã.

E, de certa forma, parcela dessas produções se institucionaliza e se normatiza por meio das políticas públicas. Por isso a importância de refletir sobre essa dimensão. DIMENSTEIN (2011) alerta para esse problema:

(...) as políticas públicas atravessam o corpo social, gestando formas de vida. Referem-se a um controle sobre os corpos, uma economia do poder voltada para instalar um sistema de individualização que se destina a modelar cada indivíduo e gerir sua existência. As políticas públicas, portanto, são como softwares, como programas de computador que são uniformizantes e por isso precisam ser constantemente debatidas, problematizadas, questionadas, avaliadas. Elas trazem impregnadas uma visão de mundo, de homem, e nossa função é lutar para que elas adotem perspectivas cada vez mais complexas, ampliadas, menos normativas. (...) O que estamos vendo ultimamente é a fabricação de modelos identitários, de modelos muitos enrijecidos, muitos fixados. E esse processo é muito poderoso porque não está circunscrito ao interior das instituições. Está pulverizado em todo o corpo social, em toda a vida social. As políticas públicas funcionam como esses dispositivos de gerência da vida. Nós precisamos nos preocupar em que direção essas políticas têm apontado. (p. 121)

Em virtude dessas referências, o percurso metodológico descrito para o presente estudo, apesar dessa tendência a se aproximar da estratégia cartográfica, não se atentará à dimensão relacional dos afetos, presente em pesquisas que adotam a cartografia referenciada pelas obras de Deleuze e Guattari,⁴⁷ muito embora reconheça que essa indissociável presença permeia o tempo todo os processos grupais e institucionais. Por conta do que se construiu como objetivo da pesquisa, e por adotar o referencial de Michel Foucault, a direção do estudo se concentra em sua dimensão política, no plano de uma dada representatividade institucional-relacional, nas discussões, pactuações e nos efeitos obtidos dos caminhos percorridos a partir dessa referência. Impossível de dar conta do todo, essa foi a opção do recorte do estudo, coerente com o tema proposto.

Tal dimensão política é abordada por FOUCAULT (2008) como algo que se dá para além do plano macropolítico (ou talvez aquém devido ao plano microfísico). É também relacional, porque microfísico. Contudo, a leitura leva em conta o ponto de vista dos dispositivos e estratégias de poder que inclusive geram efeitos ao nível dos corpos em termos

⁴⁷ Esses autores são contemporâneos à Foucault e suas teorias de certa forma inspirou-se em parte de sua obra. Apesar dos pontos de convergência, Deleuze indica as diferenças de sua teoria ao acoplar na microfísica do poder, conceito emprestado de Foucault, uma micropolítica do desejo, contribuição de Guattari, inaugurando essa dimensão política dos afetos. (ZAMBENEDETTI e SILVA, 2011).

do resultado e do controle. Mas a pesquisa não focalizou a forma como esses corpos se afetam, a partir desses efeitos, em suas singularidades e relações. Sua direção analítica intenciona dar visibilidade aos mecanismos de poder, a partir dessa referência:

O Estado nada mais é que o efeito, o perfil, o recorte móvel de uma perpétua estatização, ou de perpétuas estatizações, de transações incessantes que modificam, que deslocam, que subvertem, que fazem deslizar insidiosamente, pouco importa, as fontes de financiamento, as modalidades de investimentos, os centros de decisão, as formas e os tipos de controle, as relações entre as autoridades locais, a autoridade central, etc. Em suma, o Estado não tem entranhas, como se sabe, não só pelo fato de não ter sentimentos, nem bons nem maus, mas não tem entranhas no sentido de que não tem interior. O Estado não é nada mais que o efeito móvel de um regime de governamentalidades múltiplas. (p.105-106)

A pesquisa analisará as políticas da saúde mental no contexto de uma dada historicidade, desde as origens dos primeiros manicômios do Estado de São Paulo, ao marco da reforma psiquiátrica, com os desdobramentos das políticas de saúde mental na atualidade. E também sob uma determinada dimensão institucional: na perspectiva dos processos políticos desdobrados em nível estadual, a partir de um espaço consultivo colegiado, o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial.

Para que essa possibilidade analítica funcione como recurso cartográfico, o Grupo Condutor Estadual da RAPS foi considerado o principal dispositivo na identificação, organização e análise dos processos pesquisados, incluído o que foi desenvolvimento do trabalho da pesquisadora como integrante desse processo. Um grupo que expressa em seus movimentos, o que Foucault (1979c) definiu como dispositivo:

(...) um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos (p. 244).

Esse grupo, que problematiza a RAPS, mantém a posição de intermediário - do entre - e por isso é referência fundamental ao processo: “Os grupos, as instituições e as organizações

são redes de inter-relações, isto é, relações entre relações. O método é, então, a cartografia do intermediário.” (PASSOS e BARROS 2015, p. 28).

Por fim, cabe ressaltar o contexto de vicissitudes desses movimentos e da própria política pública. A pesquisa acompanhou um conjunto de processos durante determinado período (de 2016 a 2019). Até o último momento foi atravessada por mudanças, num momento mais intenso de crise e instabilidade política.⁴⁸ O que significa que parte do que se apontou pode sofrer modificações. Tem um tanto que é concernente ao objeto e outro tanto que está associado a esse momento de fragilidade social e política, num constante “processo em aberto em que operam séries de dobras e desdobras, de inesgotáveis problemas e descobertas.” (FERIGATO e CARVALHO, 2011, p. 668)

4 - Sobre o uso de dados secundários e quantitativos

É importante sinalizar que uma pequena ousadia foi adotada nesse estudo. Ele apresenta informações de natureza objetiva – dados em forma de tabelas e gráficos –, contudo sem a pretensão de inserir a pesquisa numa vertente que associe abordagem quantitativa com a qualitativa.

Essas informações são apresentadas somente para melhor embasar parte da linha argumentativa que orientaram a análise fundamentalmente qualitativa. Para PASSOS, KASTRUP e ESCÓSSIA (2015):

(...) a distinção entre pesquisa quantitativa e qualitativa, embora pertinente, surge ainda insuficiente, já que os processos de produção da realidade se expressam de múltiplas maneiras, cabendo a inclusão de dados quantitativos e qualitativos. Pesquisas quantitativas e qualitativas podem constituir práticas cartográficas, desde que se proponham ao acompanhamento de processos. Para além da distinção quantitativa-qualitativa restam em aberto impasses relativos à adequação entre a natureza do problema investigado e as exigências do método. A questão é como investigar processos sem deixá-los escapar por entre os dedos. (p. 8)

⁴⁸ Recentemente, em 2020, essa crise se agravou com a pandemia COVID-19.

CESAR, SILVA e BICALHO (2013) indicam a potencialidade do uso de dados quantitativos e qualitativos em seu caráter híbrido e processual (em posição crítica a clássica dualidade de ambos, observada em metodologias de pesquisa), como estratégia de estudo e componente de dispositivo que pode ser adotado no método cartográfico.

Se, na trajetória da experiência que toma forma nos processos investigados, surge algum aspecto quantitativo (o que nesse caso traz questões e influências para além das operações matemáticas), constitui um compromisso ético incorporá-lo nas discussões, de maneira a estabelecer uma articulação com a dimensão qualitativa. Caso esse aspecto apareça é preciso também dar voz a ele no resgate das formações discursivas que o utilizam para uma finalidade política. É uma dimensão que toma forma e força nas produções de informações. Os dados quantitativos, desse modo, funcionariam mais como pistas do que para fins estatísticos. (CESAR, SILVA e BICALHO, 2013)

Aqui é fundamental resgatar Michel Foucault que, em diversos momentos de sua obra, menciona a importância que o registro, o dado, a estatística, adquirem dentro da lógica estrutural do poder disciplinar. O registro é um dos pilares da disciplina, onde funda-se a dobra saber-poder. Só foi possível a Foucault dar visibilidade aos processos de marginalização social que pesquisou durante sua vida (dos loucos, dos presos, dos indigentes, entre outros) porque se debruçou numa infinidade de registros que descreviam exaustivamente como se procedia o internamento ou aprisionamento, o funcionamento do espaço hospitalar, asilar ou penitenciário, a classificação das doenças, incluídas as mentais, os supostos tratamentos (experimentais) entre outros exemplos. Também se produziam dados sociais, censitários, econômicos, epidemiológicos, de natalidade e morbidade. Fenômeno que se especializa e se reproduz em contínua e massificada produção até os dias atuais, de forma cada vez mais tecnológica e sofisticada.

Ora, se parte do argumento atual baseia-se em evidências produzidas por meio desses diferentes registros e que tudo, em seu cerne é relação de poder, mesmo que com efeito de contrapoder, desprezar esses dados dificulta esse tensionamento. Porque a evidência vira o argumento. Acessar essa fonte para dar visibilidade a algo que também pode se ocultar nessa imensidão de dados (pela falta de busca da informação) oferece um importante contraponto: “Medir, nesse caso, é uma operação crítico avaliativa. É encontrar os pontos de fissuras e de quebra nas formas constituídas acessando um plano de quanta de forças em luta, imprevisível em seus efeitos (quali). É também intervir no presente dessas lutas.” (CESAR, SILVA E BICALHO, 2013, p. 365)

O que escapa ao argumento quantitativo (de supostos parâmetros, recomendações, referências) por vezes é desconsiderado. A dicotomia quantitativo vs. qualitativo produz efeitos políticos e, por isso, precisa ser discutida. Alguns argumentos quantitativos tendem a produzir condutas e práticas naturalizadas. Assumir uma discussão qualitativa a partir dessa referência oferece um contrapeso à suposta e pretensa argumentação objetiva que apresenta um apelo mais definido e determinante nos processos. E que, por ser também produto de uma historicidade um tanto processual, é muito mais incerto e dinâmico do que se supõe. (CESAR, SILVA E BICALHO, 2013).

Cabe esclarecer, finalmente, que a opção de acrescentar esse levantamento de dados quantitativos não tem o objetivo de buscar por resultados estatísticos que ofereçam mais cientificidade à pesquisa. Ele foi produto de um dos processos que se desenvolveu a partir de necessidades apontadas pelo GCE da RAPS de elaborar informações que pudessem melhor subsidiar uma série de discussões que surgiam e criavam tensionamentos junto a outros atores tanto no interior do GCE como nas participações de seus membros para fora do grupo, em suas diferentes representações e funções. E a pesquisadora foi a pessoa responsável por essa produção, por ter facilidade no manuseio dos recursos necessários.

Esse levantamento revelou, por um lado, contradições em certas afirmativas que ocorriam com frequência nesses espaços e embates e, por outro, auxiliou o GCE da RAPS e seus representantes a melhor defender e sustentar algumas posições, principalmente as que geravam polêmicas e alegações de que se tratava de postura ideológica decorrente do movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. O tema da falta de leitos em psiquiatria e da pertinência na preservação dos hospitais psiquiátricos foram centrais e estratégicos para esse trabalho, por ser considerado um dos mais sensíveis no âmbito dessas discussões e dos que poderiam fragilizar uma RAPS já estremecida, diante das mudanças em suas prioridades.⁴⁹

Parte do movimento da reforma psiquiátrica tem pouca tradição de produção e levantamento de informações estatísticas e quantitativas, dando preferência a pesquisas de natureza qualitativa, provavelmente pela preocupação aos reducionismos e às generalizações indevidas em levantamentos dessa natureza. Há uma tendência a privilegiar e priorizar a riqueza das experiências individuais e coletivas, das singularidades e memórias de cada caso, situação ou conjunto deles, por meio de produções predominantemente qualitativas.

Observa-se certa dificuldade, no polo da reforma psiquiátrica, em se apropriar também das produções discursivas relacionadas a dados quantitativos, como se fosse uma vertente mais estanque, limitada e empobrecida, por ser objetiva demais. Quando há uma aproximação também dessas referências é possível fazer algum uso deles, no intuito de contrapor

⁴⁹ No caso de São Paulo, já se convive com esse problema da permanência dos hospitais psiquiátricos em sua história. As mudanças conquistadas com a lei 10.216/2001 possibilitou melhores condições para ao menos inibir em parte seu raio de ação, constranger a ampliação de leitos dessa natureza, conseguir o fechamento de parcela desses hospitais. Contudo, tem sido retomado seu poder de influência inicialmente por meio da problematização da dependência química, com o incentivo de aparato específico a esse tipo de tratamento. Acrescido por outras derivações que visam a institucionalização a partir de demais quadros de doenças como, por exemplo, as neurológicas ou as relacionadas à deficiência mental moderada a grave.

Por exemplo, no âmbito de suposta proposta de nova política da saúde mental em que a produção discursiva se dá com o argumento de que as mudanças seriam baseadas em “evidências científicas”, uma delas relacionadas à afirmação de que por faltar leitos de psiquiatria deve-se manter os hospitais psiquiátricos como ponte de atenção da RAPS. (Conferir Nota Técnica 11/2019, do Ministério da Saúde. Apesar de ter sido tirada do ar, está disponível para consulta em alguns sites, incluindo link no portal do Ministério do Desenvolvimento Social / Ministério da Cidadania: <http://mds.gov.br/obid/nova-politica-nacional-de-saude-mental>)

afirmações que se utilizam dessa mesma lógica, mas que derivam de outra linha interpretativa e do uso que se faz desses dados. A escolha de incluir essas informações deve-se, sobretudo, a essa finalidade.

Entretanto, cabe sinalizar que não será o uso dos dados quantitativos que resolverá dilemas e embates desse campo. A discussão do quanto se é científico e/ou ideológico no meio institucional e acadêmico é longa e extenuante, em parte porque ambos se interligam. Na presente pesquisa, tratou-se mais de estratégia, de adoção de novo recurso que pudesse apoiar as discussões, produções e posicionamentos do GCE.

Nos momentos em que esse recurso pôde ser utilizado, quase como um teste, revelou um inesperado poder. Em seu efeito paradoxal, as discussões com pares tradicionalmente mais resistentes (como os psiquiatras refratários ao modelo psicossocial proposto com a reforma psiquiátrica) tornou-se menos estanque, somando-se às demais estratégias adotadas pelos integrantes do GCE da RAPS que experimentaram incluir esse recurso a essas situações. Ofereceu redimensionamento (ou amplitude) nas discussões.

5 - A contextualização do campo

5.1 - A dimensão estatal: a estrutura da Secretaria Estadual de Saúde e a Assessoria Técnica de Saúde Mental

Com a descentralização, os Governos de Estado, que no passado eram responsáveis pela gestão dos postos, centros de saúde e hospitais, perdeu parte desse espaço após a municipalização de parcela importante desses serviços. O Estado de São Paulo resistiu, em parte, nessa reconfiguração das relações de poder entre os entes federados e preservou muitos serviços sob sua gestão, predominantemente os que ofertam procedimentos de alta e média complexidade, como hospitais e serviços ambulatoriais. A maior quantidade de hospitais psiquiátricos, em virtude desse aspecto, mantivera-se na gestão estadual, em serviços de

administração direta e por meio de convênios com hospitais de origem predominantemente filantrópica.

Conforme anteriormente abordado, do ponto de vista da gestão das atuais políticas de saúde, há de um lado certo centralismo federativo nas diretrizes e de outro a garantia da autonomia e da descentralização municipal, o que dificulta a ação regionalizada entre estados e municípios. E o Governo do Estado, em busca de preservar seu lugar político nessa conjuntura, por vezes rivaliza com a gestão de parcela desses serviços, ao invés de municipalizar e investir em processos de organização e indução de políticas regionalizadas. Ora o Estado aparece como um meio ou entre, com perda de espaço diante dos protagonismos garantidos na esfera federal e municipal (via descentralização), ora como pouco atuante na gestão regionalizada, com foco direcionado à prestação de serviços de média e alta complexidade (com o argumento de que essa oferta garante uma cobertura mais regionalizada) e ora como autoritário, com uma agenda que atravessa as proposições municipais (MENDES e col., 2015).

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo possui uma série de setores e repartições, o que tornam os processos políticos muitas vezes fragmentados dentro de sua administração central. Na configuração da sua macroestrutura atual, organiza-se no primeiro nível hierárquico, por meio do Gabinete do Secretário, do Gabinete do Secretário Adjunto e a Chefia de Gabinete. O segundo nível hierárquico é composto por dez coordenadorias que se dividem em diferentes responsabilidades. Entre elas há as que gerem: os serviços de administração direta (Coordenadoria de Serviços de Saúde - CSS), os contratos de gestão das Organizações Sociais de Saúde (Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde – CGCSS), os convênios com hospitais e serviços filantrópicos além dos processos de regionalização (Coordenadoria das Regiões de Saúde – CRS) e a ações de prevenção e de controle de doenças e agravos (Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD).

Junto à essa estrutura conta com o apoio consultivo de áreas técnicas. A pessoa que deve coordenar e conduzir uma área técnica pode ser indicada em cargo comissionado em função de confiança (via gabinete do secretário ou coordenadorias) e, com isso, ser substituída em qualquer tempo. De modo geral, as áreas técnicas são acessadas para emitir posicionamentos e pareceres diante de temas ligados à elas e oferecem somente apoio consultivo nos processos de decisão e formalização de contratos e serviços. Elas, de modo geral, não têm poder de decisão sobre esses contratos (determinados pelo gabinete junto a alguma das coordenadorias), mas podem, por meio de dados e análises que disponibilizam com a finalidade de subsidiá-las, influir nas decisões políticas.

Nos momentos em que essas áreas técnicas precisam acessar algo mais específico dos serviços respondem hierarquicamente e solicitam ao gabinete e/ou às coordenadorias citadas. Contudo, apresentam autonomia para desenvolver ações de apoio, acompanhamento e de indução técnica de políticas nos níveis regionais e locais.

A Saúde Mental é representada por meio de uma dessas áreas técnicas. Estava vinculada diretamente à chefia de gabinete até meados de 2019, quando foi iniciado seu processo de transferência para a Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD. No passado, já chegou a ser uma coordenadoria, o que oferecia mais autonomia e poder de decisão.

A equipe é composta por uma coordenadora da área e cerca de 5 assessores técnicos e 2 assessores administrativos. Eles possuem formações profissionais distintas como em fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, psiquiatria, administração, entre outros. Há alguma rotatividade dos profissionais com aumento ou diminuição do grupo. Todos da equipe têm experiência prévia em serviços públicos de saúde e quase metade já teve passagem pela gestão municipal. A Assessoria Técnica de Saúde Mental é responsável por acompanhar serviços de gestão estadual, apoiar os de gestão municipal, incentivar a RAPS, coordenar o

GCE, responder tecnicamente às inúmeras judicializações relacionadas à saúde mental e tem se concentrado no processo de desinstitucionalização de moradores de hospitais psiquiátricos.

No Estado, em algumas das áreas técnicas, como estratégia de apoio e capilarização das ações nas regiões, é possível contar com um tipo de agente de articulação em nível regional para acompanhamento das políticas em áreas temáticas, geralmente alocados nos Departamentos Regionais de Saúde - DRS. Dependendo da função e da área de atuação em que estão alocados, esses agentes possuem mais ou menos autonomia e dedicação nessa função. A Assessoria Técnica de Saúde Mental possui esse tipo de apoio, contudo, as pessoas não recebem nenhum custeio diferenciado (como acontece com outros tipos de articuladores), e geralmente desempenham outras funções atribuídas pelo DRS. Esse aspecto faz com que eles tenham dificuldades em oferecer tempo de dedicação exclusivo às ações de saúde mental, o que muitas vezes gera sobrecarga e dificuldade em dar respostas em tempo hábil aos processos solicitados. Esses articuladores oferecem suporte nas informações solicitadas pela administração central e no acompanhamento regional de ações específicas como apoio nas judicializações, nos serviços da RAPS e na desinstitucionalização de moradores de hospitais psiquiátricos.

Essa estrutura de funcionamento da SES gera como efeito certa fragmentação em seus processos de trabalho, observada, por exemplo, em decisões que não necessariamente passam pelas áreas técnicas (às vezes ela é somente informada ou descobre a informação quando surge alguma solicitação). Ou de programas e ações que ficam sob a responsabilidade de outros setores e/ou grupos, como aconteceu durante anos com a política destinada aos denominados dependentes químicos pelo Programa Recomeço.

Além disso, o Estado também possui dificuldade em trabalhar por meio da lógica das regiões de saúde. Como historicamente realiza a gestão numa organização administrativa e geográfica distinta, a dos DRSs, essa lógica das regiões parece ser mais documental ou

informativa do que processual. A gestão ocorre por meio do mapa da DRS. Quando a organização regional é coincidente (o que acontece em alguns casos) esse problema não se evidencia tanto, mas em outros casos a delimitação territorial e sua lógica de gestão muda substancialmente. A área técnica de saúde mental e o GCE têm feito o exercício de pensar na lógica das regiões de saúde, inclusive porque a RAPS é planejada e organizada a partir dessa referência.

5.2 - O Grupo Condutor Estadual da RAPS

Desde o início de seu ingresso à pós-graduação, a pesquisadora solicitou a participação no grupo, conforme já anteriormente mencionado.⁵⁰

O GCE aceitou de prontidão e com muita receptividade. A participação iniciou com um pedido de que a pesquisadora pudesse oferecer algum apoio para além da observação passiva ao estudo e sugeriram que ela fizesse as memórias de discussão dos PARs visto que era algo que, segundo os integrantes, faltava ao grupo e poderia ajudar na pesquisa. Dessa tarefa inicialmente solicitada se desdobraram outras iniciativas da pesquisadora, por ter encontrado também essa ressonância com o grupo. Em combinação com demais integrantes que formavam a configuração mais estável do grupo (em contraponto às participações mais esporádicas), a pesquisadora desempenhou papel de apoio, inicialmente no resgate das memórias das reuniões (e, particularmente, dos planos), mas também no leva e traz de informações para as discussões que atravessavam o grupo, na composição do mosaico das diferentes posições que confluíam em proposições e ações políticas de saúde de mental que foram e vão se delineando e se constituindo ao longo do tempo, como uma “política viva em ato”, parafraseando Emerson Merhy (2002).

⁵⁰ Esse pedido aconteceu após 6 meses de contato inicial com o grupo porque ele permaneceu em suspenso até sua reestruturação com novas representações, oriundas principalmente do COSEMS.

Essa entrada foi um processo rico de descobertas e de aprendizado. Por meio do envolvimento da pesquisadora no grupo e das observações feitas sobre os processos que circulavam nas reuniões, a pesquisa se deslocou de sua intenção original que seria dar foco aos Planos de Ação Regional (PAR) das regiões de saúde como principal objeto de indução da implantação das RAPS do Estado, inclusive porque suas entregas foram diminuindo com o tempo até ficarem ausentes nas últimas reuniões. Após algumas reuniões do GCE, diante desse problema da entrega dos PARs e nas discussões realizadas no exame de qualificação ficou aparente a insuficiência dessa proposta.

Os PARs não foram desconsiderados no todo, mas rearranjados dentro de um contexto em que o foco se desloca para a produção do GCE e seus principais desdobramentos na interface do que acontece e influi politicamente de fora para dentro do grupo e vice-versa. Esses movimentos e mudanças foram ocorrendo, inclusive, no plano normativo e estratégico evocados na circularidade das questões que perpassavam pelas distintas relações representativas institucionais e interfederativas durante os encontros e em seus desdobramentos para fora desse contexto.

Essa mudança decorreu do que BARROS E KASTRUP (2015) nomeiam como habitar o território de pesquisa. A pesquisadora se aproximou desse espaço contando com a receptividade afetiva do grupo. Se lançou a uma prática que aumentou de consistência com o tempo. O trabalho do grupo foi, tal como abordado por PASSOS E BARROS (2015), modulando o campo de intervenção composto por todos que também o encomenda, demanda e analisa, incluindo a própria pesquisadora, que de ouvinte passou rapidamente a pertencer ao grupo. E não somente como membro oficial, mas como parte que se envolve, propõe, compõem e se movimenta junto com ele.

Quanto ao GCE, ele tem algumas características peculiares. Sua natureza é ao mesmo tempo receptiva e combativa (na lógica do “bom combate”, de certa posição ativista frente às

discussões que giravam em torno dos problemas que fragilizavam a RAPS, tal como ela foi originalmente concebida pela Portaria 3.088/2011), provavelmente devido à própria forma como se constituiu (e, ao longo do tempo, se modifica), com as diversas origens e representações das pessoas que o compõem, num mosaico de categorias profissionais, setores técnicos e níveis federais. São pessoas que representam diferentes lugares e saberes, devido às distintas trajetórias profissionais e/ou políticas.

Às vezes as discussões ficavam bastante acaloradas, mas no fim da reunião, o clima mudava, se descontraía e os afetos se apaziguavam. Uma fala comum no grupo era: “a gente briga, mas depois todo mundo almoça junto e volta a ser amigo”. E a sensação era de que esse espaço garantia o que se deveria falar e o que era preciso questionar, mesmo que isso implicasse tensionamentos frente às responsabilidades de cada representante presente sobre o problema discutido.

A clareza da função do grupo, dos diferentes papéis desempenhados pelos integrantes e, sobretudo, a qualidade dos vínculos estabelecidos pareceram determinantes para seu estabelecimento, incluindo o lidar com os momentos mais oscilantes e esvaziados. Afinal, um grupo, quando não se envolve em seus processos, existe somente para informes ou despachos ou até que se dissolve. Inclusive os que estão previstos para existir de forma normativa padecem desse problema.

Dessa maneira, o grupo operou com principal fonte e dispositivo para a presente pesquisa. Entendendo-o como dispositivo porque, em sua conformação, preserva suas regularidades, apresenta suas repetições e suas variações, características necessárias para a análise cartográfica (KASTRUP e BARROS 2015). Foi com seu funcionamento que surgiram os principais direcionamentos da pesquisa e também o ambiente profícuo de trocas, o que ressalta o aspecto processual do estudo.

E o grupo continua em movimento e em produção. Aqui registra-se somente um recorte de sua ação, detalhado a seguir, na forma de um apanhado das discussões que mais se destacaram (utilizando-se como recorte de análise os temas em repetição e de relevância temática) ao longo desses pouco mais de 2 anos e 30 encontros.

O Grupo Condutor Estadual da RAPS encontra-se em funcionamento desde 2013. Em sua composição está prevista a participação de técnicos e gestores do nível municipal e estadual, áreas técnicas do âmbito estadual, federal, apoiadores do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP) e eventuais participações de outros atores, de acordo com as necessidades apontadas durante as reuniões. Os encontros geralmente têm periodicidade mensal, mas quando há necessidade, devido ao volume de demandas, abre-se a possibilidade para encontros quinzenais. O grupo foi concebido inicialmente para incentivar, acompanhar, discutir e encaminhar, após análise, os planos de ação regional das RAPSs para aprovação e publicação pela CIB.

Adota como rotina o encaminhamento de planos deliberados em CIR (espera-se, por isso, que esteja discutido e pactuado na região) para a leitura pelos membros do grupo, que deve analisar a pertinência da proposta do ponto de vista do desenho de uma rede que possa garantir acesso, retaguarda e fluxo de encaminhamentos aos diferentes pontos de atenção previstos na RAPS, condições necessárias para aprovação em CIB. O grupo, como tem caráter consultivo (oferece recomendações, orientações e consultas, mas não tem poder de decisão), após essa análise prévia costuma chamar os representantes do grupo regional da RAPS⁵¹ para

⁵¹ Geralmente são profissionais oriundos da gestão (departamento regional de saúde (do Estado) e secretarias municipais de saúde) e/ou e dos serviços municipais de saúde mental.

reunião. Na ocasião, há uma discussão conjunta da proposta para esclarecimentos e recomendações do GCE, mediante essas necessidades.

Embora o PAR funcione como um plano de intenções, visto que não é ação condicional para repasses de recursos financeiros aos serviços da RAPS,⁵² ele se mostra, diante das vicissitudes da política, um relevante instrumento de registro e acompanhamento das ações. Em virtude dessa característica e num contexto de significativas desigualdades locais e regionais (do ponto de vista, por exemplo, das necessidades de saúde e da capacidade de serviços instalada), as regiões têm apresentado ritmos diferentes nos processos e etapas de elaboração dos PARs. Nos últimos anos, o encaminhamento dos planos ao GCE arrefeceu significativamente (dos 21 planos aprovados em CIB, 19 foram encaminhados até 2015. Entre 2016 e 2018 não foram aprovados novos planos), principalmente após as últimas eleições municipais, que demandou em grande parte das regiões retomar discussões e pactuações com novos gestores locais porque os planos são orientados a serem encaminhados para análise e aprovação dos municípios e em CIR. Soma-se a isso uma constante troca de secretários de saúde, o que impacta nesse processo de negociação regional. Mas o grupo também supõe que o cenário de crise política e econômica (desencadeada por volta de 2013 e acirrada em 2016, com o impeachment presidencial), a mudança do governo federal (para extrema direita, a partir de 2019) e as incertezas frente às políticas de saúde mental no cenário atual, inclusive na garantia de recursos,⁵³ contribuíram para relações menos solidárias entre os municípios das regiões e entre entes federados, com descontinuidades desses processos. A ausência da

⁵² Os serviços são pleiteados por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde – SAIPS. É por essa via que são acompanhados os processos, inclusive do ponto de vista do monitoramento do status, de eventuais pendências e das recusas às solicitações (com pareceres em todos os casos).

⁵³ Se o setor da Saúde já convivia com uma situação de subfinanciamento, atualmente há um risco concreto de desfinanciamento com a Emenda Constitucional 95 oficializada no final 2016. Esta determinou um teto nos gastos da União para despesas primárias, congelando-os por 20 anos, com garantia de baixa correção anual. Embora preserve a regra de piso mínimo de gastos com o setor da Saúde em 15%, na prática, ao longo desses anos ocorrerão perdas substanciais por conta desse congelamento que não acompanhará a curva de aumento dos preços na composição complexa que envolve o custeio em Saúde. (Conferir matéria em <https://cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>).

representatividade de algumas áreas, setores, municípios e principalmente do nível federal (desde 2018) na composição do GCE, também é uma manifestação dessa situação.

Quanto à participação federal, antes da mudança da coordenação da saúde mental, as apoiadoras técnicas do MS para o estado eram muito próximas de uma parte dos integrantes do grupo e participavam das reuniões com regularidade. Em 2017, com a mudança da coordenação e de sua equipe técnica, um representante do MS chegou a participar em raras ocasiões e depois parou de ir aos encontros.

Essa nova coordenação ministerial explicitou sua discordância com o movimento da reforma psiquiátrica e as políticas, até então, preconizadas pela área da Saúde Mental. Levantou uma série de informações nos sistemas do MS, passíveis de interpretações distintas, sugerindo erros, fazendo acusações, desqualificando tudo o que foi feito nas gestões anteriores. Em 2019, o coordenador que estava na Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde assumiu a Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério do Desenvolvimento Social / da Cidadania (MDS), pasta desde então responsável pela política de álcool e drogas. Com essa nova mudança e mesmo após outra pessoa assumir a coordenação, o MS não indicou até a conclusão dessa pesquisa outro representante para participar no GCE.

Nos anos de 2019 e 2020 o grupo continuou a buscar algum contato com a Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, com o intuito de resolver pendências que tem comprometido o custeio de parcela dos serviços, sem retorno efetivo. Também tem discutido a possibilidade de reacquecer discussões junto aos grupos regionais e pretende se aproximar deles e das equipes dos serviços de saúde mental no sentido de estimular a retomada dos planos de ação regional de forma mais prática e menos burocrática.⁵⁴ Contudo, reflete sobre o melhor momento para essa aproximação, visto que no final de 2020 acontecerão novas eleições municipais e, conseqüentemente, novas mudanças de gestores.

⁵⁴ Com a chegada da Pandemia COVID-19, em março de 2020, essa proposta ficou temporariamente suspensa.

Diante desse cenário adverso, o grupo tem aproveitado os encontros como espaços de discussão de temas pautados como prioritários de saúde mental para o Estado de São Paulo. Essa arena de discussão tem surtido efeito positivo do ponto de vista de alguns encaminhamentos fundamentais para o apoio da política, ao menos em nível estadual.

Nesse ínterim, o GCE expressava sua preocupação com lacunas de determinados serviços de saúde e outros vazios assistenciais em regiões mais críticas, devido a fatores distintos: em algumas regiões, pela dificuldade em ter a presença e manter certas categorias profissionais no território (principalmente médicos); em outras, por tensionamentos político-partidários intransponíveis; e, finalmente, havia também aquelas que tinham dificuldades em mudar o modelo estabelecido (no caso, hospitalocêntrico ou até manicomial) de centralidade no uso de hospitais psiquiátricos de médio e grande porte. Iniciou-se então um movimento visando compreender melhor o que se tinha de capacidade instalada. Da parte da pesquisadora, fez-se uma imersão nos PARs (que prevê diagnóstico territorial em sua elaboração) e nas bases de dados do DATASUS com vistas a entender os arranjos dos serviços em funcionamento e dos leitos disponíveis para internação. Esses levantamentos passaram a ser compartilhados e discutidos com o grupo, de maneira a integrar a pesquisa, fornecer subsídios para o grupo e até mesmo gerar uma parceria com o Observatório da Saúde da Região Metropolitana de São Paulo para realização de estudo e evento com esse recorte territorial.

Durante os anos de 2019 e 2020 também surgiu, como uma das principais preocupações e prioridade nessas discussões, a questão dos recursos de custeio de serviços da RAPS, ponto que sempre traz tensionamento por parte dos representantes dos municípios devido à sobrecarga que tem comprometido os orçamentos locais, mesmo com os repasses federais previstos, que não são reajustados há muitos anos (não cobre integralmente as despesas dos serviços). O Governo do Estado de São Paulo também pouco apoia os

municípios com alguma contrapartida regular e efetiva (ao contrário do que ocorre em alguns Estados) para a RAPS, que amplie para além do aporte inicial que se tem à implantação das RTs (garantia de seis meses de recurso estadual), com outros incentivos inclusive para CAPS, uma queixa que se ouve frequentemente dos representantes municipais.

Segundo dados do COSEMS,⁵⁵ a média do orçamento dos municípios paulistas comprometido somente com a Saúde está em torno de 27%. E desde a mudança da coordenação da área técnica da saúde mental no Ministério da Saúde, ocorrida em 2017, as relações com os demais entes federados andam menos solidárias. Enquanto anteriormente era possível contar com certa compreensão e com o apoio para a regularização de pendências que nem sempre dependiam somente dos municípios para a sua solução, atualmente o MS não repassa ou interrompe o repasse de recursos, principalmente para CAPS e SRT. Muitos desses serviços, essenciais à RAPS, já estão em funcionamento por um bom tempo e dependem do custeio integral por parte dos municípios. Em 2019, dos pouco mais de 540 CAPS em funcionamento, há cerca de 410 habilitados e 120 sem habilitação (encontram-se nessa situação de pendência), o que equivale a quase 23,4% do total de CAPS do Estado de São Paulo. E, num efeito cascata, muitas RTs (no último levantamento de 2019, 133 RTs, 40% das 334 existentes, estão sem receber custeio federal) encontram-se em situação similar, parte delas porque para habilitar existe a condição de estar vinculado a um CAPS habilitado, com isso, às vezes é preciso aguardar a regularização do CAPS para prosseguir com a da RT. (Informações extraídas do DATASUS, SAIPS, SES, COSEMS e das discussões no GCE).

Outro grave problema identificado pelo grupo foi a presença de crescimento no número de novos moradores em hospitais psiquiátricos. Com o acompanhamento constante e atualizado das informações, desde a realização do último censo psicossocial desses moradores, o acesso a esse dado melhorou. O último censo realizado chamou a atenção para

⁵⁵ Conferir no site do COSEMS/SP: http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2019/08/Sa%C3%BAdem-Mental_CRR_20_08.pdf

esse problema, contudo, o alerta está maior, visto que se de um censo para o outro (num intervalo de mais ou menos 5 anos) o número de novos moradores identificados foi de 215 pessoas, de janeiro de 2019 a julho de 2019 chegou-se à cifra similar, em intervalo de tempo muito menor (6 meses). E o grupo tem recebido notícias de que as CTs (das oficiais às clandestinas) também têm gerado moradores, sem que ocorra quaisquer acompanhamento e monitoramento do volume desses casos, visto que não há atualmente sistema que faça esse tipo de registro e forneça informações como o DATASUS.

Em relação a esse aspecto, também chamou a atenção do grupo as mudanças com a Portaria 3.588/2017, no que se refere à entrada da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (apelidada de AMENT, contudo desde 2019 o MS evita usar esse termo), que supostamente ficaria entre a Atenção Básica e os CAPS, oferecendo um tratamento ambulatorial.⁵⁶ Para além do modelo mais tradicional de consultório, médico-centrado, há o risco de que essas equipes passem a concorrer, de um lado, com os NASFs e, de outro, com os CAPS, ambos serviços melhor alinhados ao ideário da reforma psiquiátrica. Além disso, também foi acrescido um reajuste ao aporte de recursos destinados à internação, inclusive, dos leitos de longa permanência, algo que desestimula o processo de fechamento de leitos e, consequentemente, a desinstitucionalização de moradores de hospitais psiquiátricos. Uma das pactuações para a desinstitucionalização é a garantia da transferência da Autorização de Internação Hospitalar - AIH (antes recebida pelo hospital psiquiátrico) ao município, como custeio complementar necessário à RT, quando o morador recebe alta para morar nela.

⁵⁶ O Estado de São Paulo, anos atrás, optou por oferecer uma rede de serviços ambulatoriais conhecidos como Ambulatório Médico de Especialidades (AME) que foi alvo de críticas, com o argumento de que ele poderia ter apoiado a Atenção Básica em nível municipal. Atualmente esses serviços são melhor aceitos nos territórios (talvez devido à boa avaliação da população usuária), embora a crítica permaneça. Um desses ambulatorios é exclusivamente de Psiquiatria e funciona no município de São Paulo. Há também a presença de outros serviços ambulatoriais em alguns municípios e regiões, boa parte herança de um período de transição para o modelo da atenção psicossocial. São serviços similares à proposta dessas equipes (exceto o AME Psiquiatria, que é de grande porte), contudo, sem a pretensão de ser uma política de estado.

Em virtude desse cenário, há reiteradas solicitações dos representantes municipais no sentido dos municípios receberem algum apoio mais efetivo do Estado em termos de investimentos e recursos, a fim de dirimir os efeitos desses problemas. Como já mencionado, por questões históricas, o Governo de Estado mantém uma relação de disputa na oferta de serviços assistenciais (para não perder seu espaço de poder), ao invés de municipalizá-los ou repassar maiores recursos aos municípios, além de, em grande medida, se manter responsável por uma parcela importante de serviços da média e alta complexidade da atenção no Estado de São Paulo. Dessa forma, o governo estadual encontra-se comprometido, na esfera da Saúde Mental, com investimentos predominantemente voltados aos antigos (porém reformados) hospitais psiquiátricos de administração direta estatal e convênios com hospitais de origem filantrópica, para custeio de leitos gerais ou especializados em psiquiatria (por exemplo, de AD). Além disso, há o custeio de institucionalização de quadros de deficiência mental e de transtornos do espectro autista, se são avaliados como comprometidos em sua autonomia e condição de saúde, a predominância dos casos em decorrência da judicialização desse processo. O Estado também apoia o investimento de leitos em hospital geral, mas num ritmo e volume menor em comparação a esses casos.⁵⁷ Aos municípios resta somente o custeio de apoio de seis meses para implantação de RT.

O grupo também tem dado apoio a ações em temas sensíveis que impactam a RAPS, como a presença de denúncias de excesso de internações para alguns grupos populacionais (incluindo casos de menores de idade internados em HP ou CT),⁵⁸ e a discussão dos processos

⁵⁷ Em parte também por resistência dos hospitais gerais e porque o quantitativo de leitos sempre será menor (há limite do total de leitos da unidade, com teto mínimo de 8 leitos) do que em comparação a hospitais psiquiátricos que possui leitos numa única especialidade e em quantidade superior.

⁵⁸ Essa situação levou o grupo, no ano de 2018, a levantar e estudar o status das internações de acordo com levantamentos realizados no DATASUS (com a participação ativa da pesquisadora para a organização desses dados) e organizou um grupo de trabalho que tem encaminhado dados para uma pactuação regional mais subsidiada por essas informações, no intuito de garantir uma melhor retaguarda de cuidado aos menores de idade em hospitais gerais (incluindo alguma possibilidade de reserva de leito na pediatria ou psiquiatria). Essa ação também desdobrou no encaminhamento e a aprovação de Deliberação CIB n.118/2018 com nota técnica que recomenda a forma como deve ser realizado o fluxo de atendimento a esses casos e em convocações de reuniões

de desinstitucionalização da população proveniente dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP,⁵⁹ em estratégias de reinserção social mediante cessação da medida de segurança, incluindo eventuais encaminhamentos para RT.

Essa população dos HCTPs está também incluída em portaria ministerial como beneficiária de RT nas situações de perda ou vínculo familiar fragilizado. Contudo, ela apresenta suas especificidades como o de ter cometido algum ato infracional mais grave (de violência, homicídio) e ter um perfil mais jovem e autônomo, o que tem promovido uma série de discussões quanto à viabilidade, em alguns casos, de se morar numa RT ou se seria mais indicado algum outro tipo de serviço de moradia, não necessariamente vinculado à Saúde. Há também uma série de questões burocráticas e normativas devido ao fato dos HCTPs encontrarem-se atualmente vinculados à Secretaria de Administração Penitenciária e não à SES.

O GCE da RAPS transita nessa diversidade de discussões. E, por vezes, parece se perder em suas prioridades e na seleção das pautas a serem discutidas. Contudo, preserva certo fio condutor entre as reuniões e continuidade em seus processos. Está num momento de reavaliação em busca de um lugar mais legitimado entre os diferentes pares, sobretudo os grupos condutores regionais, que poderiam estar mais próximos dessa instância.

para troca de informações junto à Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde. Esse processo continua em andamento e será um dos eixos de ação da assessoria técnica da gestão estadual nos próximos anos.

⁵⁹ Os HCTPs são as unidades que recebem as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei que, por meio da instauração do Incidente de Insanidade Mental durante processo criminal, passou por perícia médica especializada em que se atestou a presença de transtorno mental. O Estado de São Paulo atualmente possui 3 HCTPs, vinculados à Secretaria de Administração Penitenciária, com capacidade para receber cerca de 1.100 sentenciados em medida de segurança, com duas unidades situadas no município de Franco da Rocha e uma em Taubaté. No Brasil, em 2011, haviam 26 estabelecimentos de custódia. (DINIZ, 2013)

IV – CONTEXTO HISTÓRICO DA RAPS

1 - Breve história da descentralização e regionalização no SUS e a implantação das redes temáticas: sobre a reforma psiquiátrica e a constituição da RAPS

É importante apontar que, desde o início, o campo das Políticas Sociais e, em particular, a Saúde, é complexo, atravessado por diferentes tensionamentos e disputas, desmembrados por atores e setores que reproduzem, de distintos lugares e representações, um intrínseco jogo justaposto entre Estado – Sociedade – Mercado,⁶⁰ numa constante interdependência. (SANTOS, 1999; SANTOS e MERHY, 2006; FLEURY e OUVÉRY, 2006). De forma bem simplificada pode-se dizer que nesse jogo, o Estado procura ter um papel predominantemente regulatório, nas relações de reivindicações pelos direitos advindos da Sociedade e do tensionamento do Mercado por interesses que visam predominantemente crescimento e lucro, sendo que a sua principal lógica é a da desigualdade e da exploração, visto que o lucro de um ente depende da perda de outro (SANTOS, 1999). Contudo, considerada a vigência do regime capitalista em nossa sociedade, este norte está dado e dificilmente ocorreria uma mudança ou ruptura desta lógica. Por isso, essa regulação torna-se fundamental. O Mercado, do ponto de vista do SUS, estabelece diferentes atravessamentos, desde a terceirização de prestadoras privadas para a oferta da maioria dos serviços, principalmente os de média e alta-complexidade, na compra de insumos, medicamentos, equipamentos e demais tecnologias, e até a judicialização de recursos não incluídos, em princípio, como assistência pública (FLEURY, 2009; SESTELO e col., 2013; MERHY, 2012;

⁶⁰ Pode-se, como suposição, também incluir uma quarta dimensão, a da Justiça, que por vezes faz o papel de regulador dessas instâncias. O problema da Judicialização na Saúde de certa forma denuncia esse aspecto, afinal embora muitas vezes aconteça de forma excessiva e equivocada, sua pressão indica também a necessidade de revisão e absorção de novos insumos, medicamentos e equipamentos que continuam a ser tecnologicamente desenvolvidos. Mas também não deixa de ser um efeito dessa tensa dobra, do público e privado, na dimensão individual. (VENTURA e col., 2010).

PAIM e col., 2011). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) também fica sujeita a essa conjuntura.

Pode-se considerar que o SUS foi paulatinamente concebido e conquistado em meio a inúmeros movimentos sociais que surgiram e se fortaleceram em resposta a um período de décadas de ditadura militar vivida pelo Brasil, associado à grave crise nas políticas sociais ofertadas nessa época. FLEURY (2009) aponta que a Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988 foi o marco de uma “arena pública privilegiada de enfrentamento de projetos em disputa por uma nova institucionalidade” (p. 744). As reivindicações discutidas nesse contexto apontavam como prioridade a construção de um Estado do Bem-Estar Social e um de seus braços seria o projeto de reforma sanitária ao modelo até então vigente, que vinculava o Setor da Saúde ao da Previdência Social (antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS). Parcela significativa da população ficava excluída por não estar vinculada como beneficiária desse modelo, até então atrelado às contribuições descontadas em folha de pagamento do empregado e à força sindical do qual se ligava, e precisava contar com instituições de caridade ou filantrópicas (que por essa finalidade recebia subvenções do Estado) para receber algum tratamento. Além disso, inúmeras desigualdades dentro desse modelo também aconteciam pela maneira como se organizavam os diferentes grupos na prestação da assistência à saúde, que conglomeravam categorias profissionais com arrecadações e investimentos muito díspares entre si, sem contar as disputas de poder dos sindicatos de categoria. (PAIM e col., 2011).

De certa forma, a Constituição de 1988 foi o palco e o resultado legalizado das negociações frente às propostas de reformas reivindicadas pelos movimentos sociais com uma estrutura já previamente organizada e estabelecida que também envolvia outros grupos de interesse, como o setor privado (MERHY, 2012). Kynoshita⁶¹ usa uma interessante metáfora,

⁶¹ Em comunicação pessoal, durante exame de qualificação.

emprestada da psicanálise, de “solução de compromisso”, para nomear os distintos desfechos negociados nas arenas públicas de enfrentamento, estabelecidas a partir dessas novas relações instituídas com a redemocratização do país. Apesar disso, sem dúvida, a Constituição de 88 promoveu uma intensa mudança no modelo de proteção social brasileiro, caracterizada pela ênfase dada aos direitos sociais e à universalidade de sua cobertura, com a saúde elevada à categoria de direito (FLEURY, 2009).

É interessante apontar que o próprio termo reforma sinaliza uma impossibilidade de descolamento ou ruptura de um funcionamento já estabelecido. Qualquer mudança parte de algo previamente estruturado. A historicidade está posta nessa conjuntura. E o SUS nasce dentro desse contexto, atravessado por instituições e naturezas distintas e sistemas em funcionamento na época do INAMPS, embora tenha estabelecido outras bases e formas de negociação após um período de transição. Para FLEURY (2009), a reforma propiciou uma reconfiguração do sistema de forças e da representatividade de novos atores sociais, sendo o principal deles, o ente municipal.

Algo similar ocorre em relação à reforma psiquiátrica, movimento que fez parte da reforma sanitária, mas que se desdobrou com reivindicações relacionadas à sua especificidade. Surgiu por parte do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (em 1978), com posterior agregação de mobilizações de pacientes, ex-pacientes e familiares, constituindo-se como Movimento da Luta Antimanicomial. Foi desencadeado a partir de graves denúncias de maus-tratos de pacientes em hospitais psiquiátricos e por críticas e pesquisas que confrontavam o modelo psiquiátrico tradicional por conta dos limites e fracassos observados em sua prática, principalmente no modo como funcionava: por meio de instituições fechadas, com características asilares (internações de longa permanência, sem prazo determinado e previsão de alta hospitalar), que adotavam como premissa de tratamento o isolamento terapêutico (AMARANTE, 2001). Como os pacientes eram considerados

crônicos e incuráveis, surgiram muitos casos de reclusão, sem perspectiva de saída desses hospitais, gerando elevada população de moradores de hospitais psiquiátricos, até hoje presente nas unidades ainda em funcionamento (KINOSHITA, 2016; CAYRES e col., 2015).

As discussões e críticas decorrentes do movimento da Reforma Psiquiátrica culminaram no desenvolvimento de linhas teóricas e técnicas que procuraram criar novas propostas e práticas. Em muitos países, incluído o Brasil (apesar da coexistência de instituições ainda com essas características), esse processo resultou numa intensa reestruturação dos serviços de saúde mental ofertados à população.

AMARANTE (2007) propõe dividir as principais linhas que influenciaram a Reforma Psiquiátrica em três grupos:

1) Reformulação da gestão do hospital psiquiátrico e suas técnicas de tratamento: a linha inglesa da Comunidade Terapêutica⁶² (Maxwell Jones, entre outros) que enfatizava a participação ativa dos pacientes, família e comunidade em seu tratamento e incentivava a horizontalidade dos papéis sociais, com ênfase em atividades grupais; a da Psicoterapia Institucional (François Tosquelles, Jean Oury entre outros), de origem francesa e de inspiração psicanalítica, adota premissas similares à comunidade terapêutica, dando ênfase à ideia da *escuta polifônica* que propunha a combinação de distintos referenciais teóricos para evitar a indução de trabalhos a uma dada corrente conceitual; do princípio de acolhida pela disposição aberta da equipe como referência de cuidado destinada aos pacientes, e do *clube terapêutico*, organização autônoma de gestão de técnicos e pacientes, com o incentivo à postura ativa destes sobre seu tratamento.

⁶² Essa linha não está relacionada às atuais comunidades terapêuticas que hoje causam polêmica por sua entrada como serviço previsto em um dos pontos de atenção da RAPS. A proposta destas está relacionada a ideia de um serviço de moradia transitório com apoio de organizações comunitárias, a maioria vinculada a entidades religiosas, parte evangélicas, parte católicas. Supõe-se que houve uma espécie de corruptela do termo, talvez para uso disso, mas que se descolou completamente de seu conceito original (AMARANTE, 2007). Uma das críticas presentes enfatiza que a natureza de tais estabelecimentos pode comprometer a necessária neutralidade e laicidade na oferta de serviços públicos. Mas esse problema é antigo, principalmente na Saúde e na Assistência Social, visto que toda oferta assistencial e a filantropia que se originou na história do país esteve ligada principalmente a entidades religiosas, inclusive para fins catequizantes.

2) Desmontagem do modelo hospitalar por meio da criação de serviços extra-hospitalares: com a Psiquiatria de Setor (Lucien Bonnafé e outros), também de inspiração francesa, que propõe a criação dos *centros de saúde mental*, com equipes multiprofissionais, ordenados estrategicamente por meio da distribuição em setores administrativos de regiões de uma cidade ou país, com o intuito de garantir continuidade de tratamento no pós-alta hospitalar, evitar reinternações e internações de casos novos. E a Psiquiatria Preventiva ou Saúde Mental Comunitária, introduzida nos Estados Unidos por Gerald Caplan, com foco na redução e prevenção de doenças mentais associadas à reestruturação de serviços de base comunitária, em três níveis de atenção: primária (prevenção de riscos), secundária (detecção e intervenção precoce) e a terciária (reabilitação e readaptação à vida social), além de utilizar a estratégia de manejo da crise. Dessa linha adveio a política de desospitalização dos ingressos em hospitais psiquiátricos, a proposta de redução do tempo de internação hospitalar e a oferta de serviços de retaguarda organizados em rede.

3) Ruptura radical do funcionamento asilar e hospitalar e da reestruturação de serviços substitutivos, por considerar novo projeto de medicalização da sociedade: com a *Antipsiquiatria* (dos ingleses Ronald Laing e David Cooper) pelo pressuposto de que a experiência patológica não surge de alguém mentalmente adoecido, mas das relações entre indivíduo (rotulado como louco) e a sociedade opressora, com a exigência de que este responda a uma dada normatividade. Apresenta como opção terapêutica a *metanóia*, técnica de acompanhamento de oferta de companhia auxiliar no apoio às experiências idiossincráticas da pessoa que passava por sofrimento mental. E a *Psiquiatria Democrática Italiana* de Franco Basaglia que apresenta crítica contundente às instituições de controle e seus mecanismos de exclusão. Propõe experiência radical de fechamento das instituições asilares concomitante à substituição de serviços de base territorial, que assumem as ações de cuidado com enfoque no modo como o social lida com o sofrimento psíquico. Como estratégias de inclusão social,

incentivava a extinção de instituições asilares, a criação de residências para ex-internos, de cooperativas, produções culturais e participações em grupos de deliberações coletivas, em busca de um novo lugar social à loucura.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi influenciada por esses modelos, com certo relevo à linha de Basaglia. No bojo da Reforma Sanitária, foi considerada uma das mais atuantes e de reconhecimento inclusive internacional (AMARANTE, 2001, 2007). Paulatinamente, nos idos dos anos 90, as propostas de mudanças no modelo de cuidado foram sendo incorporadas com maior ou menor resistência dos governos (nos distintos entes federados), até a promulgação da Lei 10.216/2001, que dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Além do ponto de vista protetivo e de direito, por meio das mudanças preconizadas a lei propiciou o gradativo fechamento dos hospitais psiquiátricos paralelamente a implantação de nova estrutura de serviços, de base territorial e comunitária, com ação integrada, descentralizada, intersetorial e regida pela organização e os princípios do SUS. Parcela desses serviços foram nomeados como substitutivos (dos hospitais psiquiátricos) e se referem aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Além dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), centros de convivência e economia solidária entre outros que oferecem de moradia a suporte para a reabilitação e inclusão social. Contudo, como parte do SUS, a base organizativa do território depende sobremaneira do fortalecimento da Atenção Básica.

A implantação dessa nova rede de serviços e estratégias de cuidado cresceu, embora com disparidades e oscilações em seu ritmo, concomitantemente a publicação de uma série de normativas com o intuito de melhor assegurar e regular o funcionamento do SUS. Após a Lei Orgânica n.8080, que definiu as competências de cada esfera de gestão, dando ênfase à descentralização, e instituiu um sistema nacional de auditoria, foram elaboradas uma série de Normas Operacionais (NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93, NOB 01/96 e a NOAS

01/2002), relacionadas à regulação das relações intergovernamentais e dos papéis dos entes federados, nos repasses de recursos para prestadores públicos e privados, ao controle e à avaliação em diversos componentes do SUS. (SANTOS e MERHY, 2006).

As normas operacionais incentivaram predominantemente a descentralização organizativa e de recursos, investindo na autonomia dos municípios, tal como preconizado no amplo pacto federativo descrito na Constituição de 1988. Desde então, o Brasil passa a ser regido por um federalismo cooperativo. Contudo, sempre ocorreram disputas e negociações também entre entes federados, visto que há significativas diferenças do ponto de vista da garantia de recursos via arrecadações fiscais e repasses, a depender do porte e da capacidade de arrecadação interna (por exemplo, com a presença ou não de polo empresarial local), além do momento político e econômico do país. Com subfinanciamento prévio no SUS, poucos reajustes, queda na arrecadação fiscal entre outros, acirraram-se as disputas entre os entes federados, fenômeno nomeado como federalismo ou municipalização autárquica. (FLEURY e OUVÉNEY, 2006; MENDES, 2014; MELLO e col., 2017).

Do lado federal, as regras e diretrizes do SUS eram concebidas e induzidas politicamente para os demais, com algum repasse ou incentivo em sua implantação. O lado estadual permaneceu em disputa com os entes federal e municipal, num jogo de pressões para a manutenção de espaços de poder, onde em muitos casos acabou por priorizar a administração de unidades que ofertam média e alta complexidade (em algumas situações duplicando e/ou disputando com hospitais de municípios de grande porte, ao invés de optar pela municipalização), em detrimento da gestão reguladora das diferenças e necessidades dos municípios organizados em grupos regionais. E, por fim, tem os municípios que assumiram uma série de responsabilidades, sobrecarregando o orçamento, concomitantemente a gradativa perda de arrecadação. (MELLO e col., 2017; MENDES, 2014; FLEURY e OUVÉNEY, 2006).

Diante da problematização desse cenário, a ideia da regionalização começou a ser priorizada, com sua instituição por meio das normativas elaboradas no que se convencionou chamar como Pacto pela Saúde e, posteriormente, por meio do Decreto 7.508/2011. Essa iniciativa surgiu com a constatação dos limites de acesso e equidade do SUS diante da descentralização municipal. A malha territorial do SUS apresenta muitas desigualdades nas distribuições dos serviços de saúde, principalmente os de média e alta complexidade. A delimitação das regiões de Saúde com a proposta de funcionamento em rede (Redes de Atenção à Saúde – RAS)⁶³ surgiu da necessidade de garantir melhor resolutividade a esse problema. (MELLO e col., 2017).

MAGALHÃES JR (2014) e MENDES (2014) comentam e concordam que a indução de uma política de redes pode ser facilitada por meio de determinadas prioridades, processo que desencadeou a eleição das redes temáticas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Cuidado à pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e, por fim, a Rede de Atenção Psicossocial. Essas redes são interconectadas à estrutura de base do SUS, com a Atenção Básica como porta de entrada e reguladora do acesso aos demais níveis de complexidade. MAGALHÃES JR (2014) esclarece que as redes temáticas são instrumentos que incentivam, por meio da sua gestão e operacionalização em processos colegiados consultivos e/ou decisórios, a política nacional de regulação, como um dos mecanismos de governança.

Contudo, na prática, a maioria das regiões de saúde seguiram a lógica da antiga organização administrativa dos estados, divisões burocráticas com pequenas equipes responsáveis pela mediação entre municípios, reproduzindo as carências e vazios assistenciais já existentes (MAGALHÃES JR, 2014; MENDES, 2014).⁶⁴ A indução dessa política ficou

⁶³ As RAS foram detalhadas na apresentação do tema.

⁶⁴ O Estado de São Paulo, como já referido, trabalha com várias organizações territoriais que diferem entre os setores. Na própria Saúde há 3 mapas distintos, o da Região Administrativa (do Governo em geral), o dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e o das Redes Regionais de Saúde (RRAS).

debilitada pela falta de incentivos contínuos e condizentes com as novas necessidades de fortalecimento desse modo de operar regionalizado, devido a fragilidades técnicas dos entes federados, ao subfinanciamento das propostas (incluindo a demanda de maior contrapartida estadual aos municípios), as imprecisões normativas e a presença de iniciativas isoladas de baixo alcance, com pouco planejamento e regulação (MELLO e col., 2017).

Soma-se a isso a contínua arena de negociações que permanece atuante nos interstícios do SUS: das categorias profissionais, entidades privadas/filantrópicas e de classe, empresários da saúde, lobistas, políticos, gestores, entre outros, o que traz muitos atravessamentos a esse cenário, tornando-o ainda mais complexo. Isso faz com que cada região construa a sua história do SUS de forma única. Não há processo local e/ou regional igual ao outro.

A reforma psiquiátrica e a gradativa mudança do modelo assistencial proposta seguiu esses movimentos. Esse detalhamento é fundamental para contextualizar em quais condições de possibilidade a RAPS surgiu e hoje se mantém. Como cada Estado possui sua trajetória, o capítulo seguinte se debruçará sobre a história e as particularidades de São Paulo.

2 - História das políticas de saúde mental no Estado de São Paulo: do hospício à reforma psiquiátrica sob o manto sagrado da filantropia

O Movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, no Estado de São Paulo, foi um dos grandes protagonistas, junto a outros estados, com a mobilização de movimentos sociais organizados por trabalhadores, usuários e familiares. Além de referência às primeiras experiências de serviços substitutivos, São Paulo esteve na vanguarda desse processo, com o marco do histórico encontro de trabalhadores na cidade de Bauru, o fechamento do Hospital Anchieta em Santos, a inauguração dos Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), em Santos, e do CAPS Luis da Rocha Cerqueira⁶⁵ em São Paulo, que

⁶⁵ Também conhecido como CAPS Itapeva, por estar situado em rua que possui esse nome.

serviram como modelos de serviços substitutivos aos manicômios, em consonância às diretrizes e normativas que garantiram a institucionalidade da lei 10.216/2001 (AMARANTE, 2001).

Paradoxalmente o Estado apresentou uma implantação oscilante tanto no que se refere ao SUS, como da própria RAPS. Além de permanecer como o Estado com o maior contingente de hospitais psiquiátricos⁶⁶ e, conseqüentemente, de moradores desses estabelecimentos, resultado de um obscuro tempo passado de internações de longa permanência e sem prazo para encerrar. (CAYRES e col., 2015)

Outra questão, que justifica o título do capítulo, é a presença de um lócus assistencial historicamente organizado por meio da filantropia. Uma filantropia que oferece sua caridade predominantemente subvencionada⁶⁷ pelo poder público (BLIKSTEIN, 2019). E um sistema de saúde que se viu cada vez mais investido politicamente nessa relação. Essa característica leva a crer que boa parte da assistência social e da saúde ofertada, ao longo dessa história, se misture à essa filantropia. No passado, as práticas eram provavelmente calcadas em um tratamento de cunho moral e espiritual mimetizado ao que era propriamente ofertado pela disciplina médica e psiquiátrica (que em sua história também é em certa medida experimental). Utilizavam técnicas e instrumentos com a promessa de que eles pudessem aplacar as aflições do espírito, seja ele possuído ou em pecado. Algo que parece se repetir nos tempos presentes (que continua a conviver com os reflexos desse passado) com a institucionalidade dada, por exemplo, às Comunidades Terapêuticas pela política.

Parece que duas tendências – um lado progressivo e outro conservador, e o da assistência laica e a filantropia de origem religiosa – caminham juntos há muito tempo. Quando se resgata a história da psiquiatria e da saúde mental no estado essa característica se

⁶⁶ Em parte por ser também a região mais populosa do país.

⁶⁷ No site da Assembleia Legislativa de São Paulo é possível pesquisar, ao longo da história, inúmeros decretos de subvenções do Estado às entidades filantrópicas. Para consultar acesse <https://www.al.sp.gov.br/alesp/pesquisa-legislacao/> e use o descritor “concessão de auxílios e subvenções a instituições assistenciais” na busca por decretos.

sobrepõe, conforme o que se apresentará nas próximas páginas. Uma história que se inicia com os primeiros psiquiatras a estabelecer uma política de saúde em psiquiatria em São Paulo.

Francisco Franco da Rocha (1864-1933) e Antonio Carlos Pacheco e Silva (1898-1988), principais referências da área no início de sua consolidação institucional no estado de São Paulo, foram formados em psiquiatria pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e os principais atores na inauguração dos primeiros grandes hospícios no estado e fundadores das disciplinas de psiquiatria do curso de Medicina da Faculdade de São Paulo e posteriormente nas tradicionais Universidades da Cidade de São Paulo (USP) e a Escola Paulista de Medicina (atual UNIFESP) até hoje renomadas universidades de grande reconhecimento no meio acadêmico.

Em 1893, cinco anos após a abolição da escravidão no Brasil, a cidade de São Paulo, estava em ritmo de crescimento intenso, com maior circulação de imigrantes e negros libertos em busca de um lugar para ficar e trabalhar, visto que a cidade principiava sua vocação para o comércio e a indústria. E, com isso se formava a organização de uma estrutura de controle urbano da sociedade que acirrava a segregação, em função de todo o ranço cultural preconceituoso que olhava as raças e a pobreza como frutos das diferenças raciais, das que eram mais ou menos evoluídas como pressuposto eugênico (BALAGUER, 2014).

O sanitarismo (com sua polícia médica) era um dos dispositivos mais prósperos dessa época para controlar uma população marginalizada, considerada de risco para a sociedade mais abastada (MACHADO e col., 1988; FOUCAULT, 1979a). Foi a era dos grandes asilos, hospícios, reformatórios, somado às prisões, na vertente da segurança.⁶⁸

⁶⁸ Embora o texto faça o recorte para a história do Estado de São Paulo é importante apontar que essas características culturais e de ideário técnico-científico, de inspiração européia, estavam presentes em todo o país, principalmente nos grandes centros urbanos, apesar das diferenças existentes entre os estados. Rio de Janeiro (com os psiquiatras Nuno de Andrade, Teixeira Brandão e Juliano Moreira), Bahia (com o psiquiatra Nina Rodrigues), entre outros, possuem histórias similares do nascimento da estrutura assistencial e asilar em suas cidades.

Inicialmente, para a garantia da ordem, pessoas de grupos considerados marginalizados eram indistintamente colocados em cadeias públicas. Os hospícios, asilos e reformatórios surgiram num segundo momento, quando se começou a praticar uma seleção de perfis nessas cadeias, inclusive por contenção sanitária, para separar os doentes, loucos e bandidos. O primeiro hospício do Estado, considerado provisório, funcionou por quase 10 anos, a partir de 1852⁶⁹, numa edificação na Rua São João. O segundo asilo, o da Ladeira de Tabatinguera da Várzea do Carmo, foi instituído em 1864. Os alienados da primeira unidade foram transferidos à esse segunda. E Franco da Rocha foi chamado para geri-la no ano de 1893 (ODA e DALGALARRONDO, 2005; BALAGUER, 2014).

Figura 2. Local onde funcionou o asilo da Ladeira de Tabatinguera da Várzea do Carmo

Fonte: Fotos do Arquivo do Estado (site).

⁶⁹Anterior a esse período, os loucos eram aprisionados em cadeias públicas de forma indistinta junto a outros grupos marginalizados.

Em 1896, Franco da Rocha selecionou 80 alienados mais calmos e propensos ao trabalho rural para ficar numa colônia agrícola situada na região de Sorocaba, apoiado por projeto da Assembleia Legislativa que propunha um sistema descentralizado, com colônias dessa natureza espalhadas pelo Estado (GARCIA, 2012; BALAGUER, 2014). Nessa época, a psiquiatria começava a discutir a laborterapia como estratégia efetiva de tratamento, embora apresentasse uma posição ambivalente quanto a expressão dessa técnica no que se referia a um sistema de trocas dessas atividades por algo no interior do próprio asilo. Por exemplo, a troca da atividade laboral por um momento ao ar livre, um tipo de refeição, entre outras situações, ao invés do acerto salarial pela atividade feita, ao passo que esta gerava algum produto e recurso financeiro ao estabelecimento. Um tipo de ação que se aproximava da exploração do trabalho de matiz escravagista.⁷⁰

Em paralelo, por vivenciar continuamente os problemas de lotação e de péssimas condições de infraestrutura do Asilo da Várzea do Carmo, e inspirado pelos ideais da Idade de Ouro do Alienismo (CASTEL, 1978), Franco da Rocha advogou com afinco o projeto de um novo asilo, em lugar mais adequado, espaçoso, isolado, bucólico, laborioso e distante das agitações urbanas. O que, inclusive, seria mais terapêutico para o tratamento dos alienados. Incluía a proposta do projeto da colônia agrícola também como diferencial. Foi dessa forma que em 1898, inaugurou-se o Complexo Juquery,⁷¹ denominado inicialmente como Asilo de Alienados da Estação Juquery. Franco da Rocha conseguiu transferir gradativamente os alienados da Colônia de Sorocaba e do Asilo da Ladeira da Tabatinguera⁷² para o Juquery, até desativar o asilo em 1903 (ODA e DALGALARRONDO, 2005). Foi onde trabalhou,

⁷⁰ Essa prática perdurou por décadas e hoje é retomada nas Comunidades Terapêuticas como ação de cuidado (com a adoção da mesma denominação laborterapia).

⁷¹ Os investimentos foram tão altos que chegaram a consumir 40% da pasta da saúde na época. (BELLIS, 2004). Inspirado nos grandes asilos europeus, o empreendimento contou com o projeto do renomado arquiteto Ramos de Azevedo (TARELOW, 2011).

⁷² Essa edificação existe até os dias atuais. Encontra-se tombado, mas pela ausência de reformas e manutenção, a estrutura está comprometida. Funcionou como tentativa de convento em 1860, seminário de educandos(as) em 1860-1861, Hospício de alienados entre 1862 - 1903 e, por mais tempo, como quartel (Conferir em: http://www.preservasp.org.br/15_informativo_batalhao).

ministrando suas aulas da faculdade e atendendo seus pacientes, até se aposentar em 1923. Franco da Rocha era considerado um cidadão tão ilustre da cidade que passou a se organizar em torno do Complexo Juquery que, ao ser elevada para a categoria de autônoma instituindo-se como município, este foi batizado com seu nome em 1944.

Figura 3. Complexo Hospitalar do Juquery

Fonte: IBGE. Foto de acervo digital.

Durante o período que ficou à frente do Juquery, Franco da Rocha iniciou nova campanha, em seu projeto político de estruturação do saber médico da psiquiatria no Estado de São Paulo. Ele defendia a necessidade de se tratar, de forma mais específica, alienados que cometiam crimes e ficavam na prisão comum sem tratamento, oferecendo riscos a si mesmos e aos que ali estavam por outros crimes. Com isso, iniciou a construção do primeiro Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo, em uma unidade separada dentro do extenso

terreno do Complexo Juquery. Contudo, faleceu em 1933, um ano antes de presenciar o início de suas atividades (BALAGUER, 2014).

Figura 4. Manicômio Judiciário do Juquery

Fonte: Arquivo do Estado.

Nessa época, Antonio Carlos Pacheco e Silva⁷³ (1898-1988) já havia assumido o Juquery e a disciplina da psiquiatria, dando continuidade a ela na faculdade. Seu grande projeto em vida, associado à transmissão do saber psiquiátrico e de seu reconhecimento como disciplina médica, foi a construção do Instituto de Psiquiatria (IPq) para a Faculdade de Medicina. Depois de anos de negociações políticas, usando como estratégia inclusive sua aproximação particular a Getúlio Vargas, por ter tratado um de seus filhos, conseguiu o feito em 1952, após longos períodos de dificuldades em garantir recursos, com consequentes atrasos na obra. (TARELOW, 2011; SEIXAS, 2012)

⁷³ Pertencente a família tradicional paulista, da era dos barões do café, fez sólida formação e carreira, com extensa trajetória nacional e internacional (TARELOW, 2011; SEIXAS, 2012)

Desde o início, na campanha por um ambicioso projeto de disseminação da medicina e da psiquiatria de forma mais ampla, dirigida à sociedade como um todo, ainda com Franco da Rocha, os psiquiatras docentes dessa época adotavam estilo mais coloquial e literário nas publicações científicas, com discussões sobre prevenção, diagnóstico, apresentação de casos e tratamento (com classificações, por exemplo, dos alienados curáveis e incuráveis, calmos ou furiosos, degenerados, entre outros tipos, para separar em alas e por técnicas de tratamento). Essa tendência vem acompanhada da influência europeia tal como se observa nas citações e discussões presentes nas obras de FOUCAULT (1995, 2002, 2006, 2011), CASTEL (1991) e DONZELOT (2001).⁷⁴ Dessa forma as produções textuais brasileiras aproximam-se dos preceitos higienistas e eugênicos, já bem influentes nesse momento da história (BALAGUER, 2014). Pacheco e Silva foi editor das revistas “Memórias do Hospital Juquery” (1924-1934), do “Archivos Paulistas de Hygiene Mental” (1928 a 1930), do “Boletim de Hygiene Mental” e pertenceu ao corpo editorial dos “Archivos de Neuro-Psiquiatria” (de 1943 até os dias atuais)⁷⁵, os Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo, posteriormente denominado Arquivos de Saúde Mental do Estado de São Paulo (1966-1985) e a Revista de Psiquiatria Clínica do IPq (1972)⁷⁶ (FIOCRUZ, 2004). É possível encontrar essas influências em inúmeras publicações de Pacheco e Silva nesses periódicos, entre outros estudos e pesquisas que realizava, incluindo parcerias internacionais. A seguir segue um trecho de um de seus textos, transcrito de uma conferência feita para a Associação Christã de Moços de São Paulo e publicado em junho de 1928:

⁷⁴ Assim como a relação com a filantropia.

⁷⁵ Todos os números da revista estão disponíveis na Scielo para consulta. Atualmente a revista é organizada pela Academia Brasileira de Neurologia – ABNEURO, sediada em São Paulo.

⁷⁶ A Liga Brasileira de Higiene Mental, situada no Rio de Janeiro, mas entidade de alcance nacional, mantinha a revista *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental* que teve tempo maior de publicação (periodicidade) e foi amplamente difundida, inclusive em entidades não-médicas, como nas escolas. Pacheco e Silva contribuiu com textos para essa publicação (FIOCRUZ, 2004).

Figura 5. Artigo publicado por Pacheco e Silva em revista

Hygiene do Espirito

PELO

Dr. A. C. Pacheco e Silva (*)

A maxima de Juvenal “Mens sana in corpore sano” — que o poeta escreveu com a intenção de dizer que o homem sadio não pede ao Céu senão a saúde do corpo com a saúde do espirito, tem sido adulterada no seu sentido.

Para a saúde da mente ha necessidade da saúde do corpo, mas a saúde do corpo também está na dependencia da saúde do espirito. Quem poderá negar a influencia do moral sobre o physico? A pallidez da face, as palpitações, os suores frios e as syncopes que se seguem ás violentas emoções são indícios das estreitas correlações entre o moral e o physico.

(...)

O numero de individuos atacados de perturbações psychicas augmenta sempre e tal phenomeno se explica pela disseminação dos dois grandes flagellos da humanidade—a syphilis e o alcoolismo—cuja acção se prolonga através de gerações e gerações, creando os anormaes, elementos dos mais perturbadores da sociedade, pela sua impulsividade sem limites, pela paixão pelo vicio e inadaptabilidade ao meio.

(...)

O ALCOOLISMO:—Phrase repetida frequentemente e muitas vezes por pessoas de grande responsabilidade é a seguinte: —“O alcoolismo, no Brasil, não constitue problema grave. No nosso paiz não ha alcoolistas”. Tal erro resulta da lamentavel confusão que ha entre o bebado e o alcoolatra. Bebado é o homem que se embriaga de quando em quando, praticando actos disparatados. Alcoolista é todo individuo que, sem perder a compostura, toma certa quantidade de vinho ás refeições e um aperitivo antes do almoço e do jantar.

O alcoolista julga que a quantidade de alcool por elle ingerida em nada o prejudicará, pelo contrario, até lhe é salutar, porque o alcool, em pequena dóse, é um tonico de primeira ordem. Quanta falsidade ha nesse pensar. Pouco a pouco, o individuo que ingere quotidianamente pequenas parcelas de alcool vae se degradando, os sentimentos moraes vão se enfraquecendo, a sinceridade e a affeição pela familia vão desaparecendo. A dedicação ao trabalho já não é a mesma e a degradação do individuo chega a ponto de tornal-o insensivel aos rogos da familia e aos conselhos e exhortações dos amigos.

Fonte: Archivos Paulistas de Hygiene Mental, 1928.

Com forte apoio e reconhecimento em seu meio, Pacheco e Silva protagonizou, junto com médicos também de renome que orbitavam seu entorno, a organização de associações como a Liga Paulista de Higiene Mental (braço da Liga Brasileira, sediada no Rio de Janeiro) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (SERRA E SCHUCMAN, 2012). Além de acumular

a direção da cadeira da disciplina de Psiquiatria na Faculdade de Medicina da USP, foi professor também na Faculdade de Direito, da mesma universidade, em Psiquiatria Forense. Acrescenta-se a direção do Departamento de Assistência aos Psicopatas de São Paulo (1930) e sua indicação para compor a Assembleia Nacional Constituinte de 1934 (nessa ocasião fez uma defesa pública aos preceitos eugênicos). Chegou a atuar em nível internacional, promovendo aproximações entre pesquisadores da França, Itália, Suécia, Estados Unidos e de países da América Latina. Também foi colaborador na Organização Mundial de Saúde Mental⁷⁷ (TARELOW, 2011; SEIXAS, 2012).

Enquanto Franco da Rocha parecia ter alguma simpatia e proximidade em relação à psicanálise (de forma muito rudimentar e enviesada pelo ideário higienista da época),⁷⁸ Pacheco e Silva enveredou por outras influências ligadas às teorias mais organicistas e de pressupostos eugênicos, mantendo inclusive certa crítica à obra de Freud. Apoiou e se aprofundou em técnicas hoje em desuso (devido aos fortes efeitos iatrogênicos identificados em pesquisas posteriores) e/ou consideradas controversas, como a malarioterapia, a insulinoaterapia, a eletroconvulsoterapia e a lobotomia. (AMARO, 2003; TARELOW, 2011; SEIXAS, 2012)

Entre 1936 e 1956 a leucotomia, mais conhecida como lobotomia, era técnica inovadora e foi largamente utilizada antes da descoberta dos psicofármacos. Desde 1926, Pacheco e Silva mantinha relação próxima com o português Egas Moniz, uma das principais referências à psicocirurgia. Em 1948, participou em Lisboa, com uma delegação de mais 6 médicos praticantes da técnica, da 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgia. Também apoiou o médico na indicação ao Prêmio Nobel de Medicina, conquistado em 1949

⁷⁷ Em sua verve mais conservadora e política foi um dos diretores da Liga Anticomunista Internacional e simpatizante do golpe militar de 1964. (TARELOW, 2011)

⁷⁸ Apoiando inicialmente Durval Marcondes, considerado grande referência para a chegada e o fortalecimento da psicanálise no Brasil, fundador da Sociedade Brasileira de Psicanálise. Para muitos psiquiatras da época (possivelmente também nos dias atuais), inclusive os que integravam o IPq, a Psicanálise era vista como um “curandeirismo” ou excessivo “psicologismo”. (AMARO, 2003; SEIXAS, 2012).

(AMARO, 2003; SEIXAS, 2012). A lobotomia foi posteriormente considerada polêmica, pelos efeitos que causava (grande apatia, embotamento, entre outros) e seu uso deixou de ser recomendado. Apesar das críticas, os serviços de neurocirurgia funcional e de eletroconvulsoterapia do IPq/FMUSP não se abalaram, desenvolvendo-se como centros de referências em pesquisas até os dias atuais.⁷⁹ Estudos na área continuaram em décadas posteriores, recebendo muitas críticas do movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial.

Pacheco e Silva, na sua faceta mais conservadora, contrastava a busca das práticas mais avançadas para época, com concepções eugênicas, posicionando-se a favor da necessidade de suposto aperfeiçoamento da raça e tratava quaisquer desvios de uma dada normalidade como degenerescência que precisava ser contida e controlada, para inclusive se evitar novas gerações de anormais (PACHECO E SILVA, 1928). Desenvolveu, devido a esse ideário, também legitimado e apoiado por grupos de renomados médicos, fortes campanhas e programas de combate ao alcoolismo e de prevenção na “educação higienista”, não somente por meio das revistas científicas, mas principalmente em outros meios de comunicação de massa como rádios e jornais de grande circulação. Alertava ferrenhamente para os perigos da imigração de degenerados ao país (sugerindo esterilização de anormais e controle de natalidade de imigrantes), da miscigenação entre raças, o sexo libertino (fora do casamento e/ou entre homossexuais), o uso de bebidas alcóolicas, entre outros exemplos (TARELOW, 2011).

⁷⁹ Nos tempos atuais inclui-se também as pesquisas genéticas e bioquímicas (AMARO, 2003). É importante apontar que, apesar da sua inclinação histórica à linha organicista, o IPq modernizou-se e tornou-se uma instituição mais aberta e diversificada, incluindo outras linhas de atuação em sua oferta assistencial e de desenvolvimento de pesquisas, agregando até iniciativas como as de práticas integrativas. Contudo, a ênfase e o predomínio continua voltado para a linha organicista, que sempre foi o norte da instituição, tal como o psicanalista AMARO (2003) ressalta em seu texto.

Nas palavras do próprio PACHECO E SILVA (1934 citado por TARELOW, 2011), no texto transcrito *Direito à Saúde*, proferido na Assembleia Constituinte de 1934⁸⁰:

[...] a eugenia não só tem por fim a procriação em boas condições fisiológicas, como ainda estuda as causas disgenéticas ou as que podem influir direta ou indiretamente sobre o valor da espécie, dando a cada cidadão o sentimento de responsabilidade na formação da raça. (p. 3-4)

Vê-se, assim, em um país imigratório, como é o nosso, cumpre um exame atento, não só na escolha dos grupos raciais, como também na rigorosa seleção individual dos imigrantes visando beneficiar a raça em formação. Basta lembrar que nossas estatísticas acusam uma porcentagem de alienados criminosos estrangeiros duas vezes maior que a de nacionais (p. 7)

Impedir a perpetuação das estirpes taradas, evitar a procriação de indivíduos malsãos, cuja prole tudo leva a crer ser inferior, é incontestavelmente um grande passo na solução de problemas sociais. (p. 5)

Pacheco e Silva acreditava que a raça brasileira seria aprimorada por meio da educação e pela oferta ampliada de assistência sanitária a todas as camadas da sociedade. O movimento da Higiene Mental (que no futuro derivou para Saúde Mental) está calcado nesse ideário. Para TARELOW (2011), que cita pesquisas acadêmicas sobre esse período, São Paulo teve destaque nesse movimento porque possuía uma estrutura assistencial e sanitária mais organizada, associada à imagem do paulista como raça mais desenvolvida (cita, como exemplo, a imagem do espírito bandeirante desbravador). Cabe apontar que inúmeras pesquisas posteriores a esse período ressaltaram o quanto esse ideário, vigente na época, promoveu uma série de políticas desastrosas e preconceituosas que perpetuaram a desigualdade e a exclusão social.

Paradoxalmente, Pacheco e Silva (1928), em seu lado mais progressista, também insistia na necessidade de serviços de internação voluntária e ambulatorios para o tratamento de quadros considerados menos graves,⁸¹ em campanha à “Lei Afrânio Peixoto”.⁸²

⁸⁰ Também se manifestou publicamente sobre esses posicionamentos e na necessidade de se adotar rígidas medidas profiláticas no I Congresso Brasileiro de Eugenia, realizado na cidade do Rio de Janeiro em 1929. (TARELOW, 2011).

⁸¹ Nessa época foram identificados dois estabelecimentos de natureza privada que atendiam as classes abastadas da cidade de São Paulo, uma delas inclusive fundada e gerida por Pacheco e Silva com outros médicos (o antigo Sanatório Pinel, atual CAISM Philippe Pinel, hoje de gestão pública estadual). Elas já funcionavam nesse

A lei Afranio Peixoto veio, pois, elevar o doente da mente a categoria de "doente" sim, mas a dos "outros doentes" que entram e saem facilmente dos hospitaes, sem dar contas a ninguém.

Só quando alienados, isto é, perigosos a si e a outrem, serão declarados taes e submetidos ao regimen juridico, agora de excepção, até há pouco generalisado.

Além dos doentes que accorrerão a hospitaes abertos, ambulatorios, dispensarios, haverá visitadoras que irão aos lares descobrir os passíveis de trato especial: de uma vez, é o tratamento e é a prophylaxia da insanidade. É a saúde e é a justiça do louco.

(...) cumpre aparelhar a nossa assistencia, dotando-a de clinicas e dispensarios, onde os doentes mentaes possam receber assistencia medica, sem que se faça necessario, como só e acontecer agora, a reclusão em estabelecimento fechado, onde e para sempre ficará archivada a prova inconteste que tanto humilha os que têm a desdita de enlouquecer." (PACHECO E SILVA, 1928, p. 2-3)⁸³

Por que será que essa proposta de lei foi letra morta, a julgar pelos históricos dos números elevados de internações de longa duração, relatos de maus-tratos, denúncias, até o período da reforma psiquiátrica e mesmo depois? Como a história enveredou de forma que acontecesse justamente o contrário desse vislumbre?

Paralelamente a esse movimento, de uma psiquiatria que se pretendia mais cientificista e laica, no levantamento dos dados históricos (conferir Linha do Tempo - Anexo 4) observa-se que após a abertura do Hospital do Juquery, na década de 20, começaram a funcionar por meio de entidades filantrópicas, hospitais psiquiátricos de origem religiosa, predominantemente espíritas,⁸⁴ subvencionados pelo Governo.⁸⁵ Fenômeno que antecede a inauguração do IPq (em 1952). Esse dado chama a atenção principalmente quando se associa à figura de Pacheco e Silva. Médico internacionalmente reconhecido, com influência política, teve dificuldades para conseguir verbas durante a construção do IPq, uma única unidade, e

modelo moderno proposto no seu texto, de clinicas menores, com internações abreviadas e espaço para acompanhamento ambulatorial. Sua proposta era popularizar, tornar esse tipo de tratamento que começou a funcionar na modalidade privada também público e acessível às classes sociais mais empobrecidas.

⁸² Decreto 5148A/1927 (reorganização para a Assistência a Psicopatas no Distrito Federal) – apelidada de “Lei Afranio Peixoto” (FIOCRUZ, 2004)

⁸³ Para fundamentar essa proposta, Pacheco e Silva (1928) cita experiências internacionais como as da Argentina, França, Inglaterra, Estados Unidos e Alemanha.

⁸⁴ Ao menos no Estado de São Paulo, a filantropia de origem religiosa parece se dividir em alguns segmentos. As Santas Casas, primeiras unidades de saúde a se estruturar no país tem origem católica, nos hospitais psiquiátricos há o predomínio das filantrópicas de origem espírita e, atualmente, os neopentecostais tem dividido com estas, as comunidades terapêuticas, com certa proeminência sobre as demais.

⁸⁵ Entre o período de abertura do Juquery e a inauguração do IPq, em 1952, identificou-se presença de 9 hospitais de doutrina espírita, 3 hospitais em que não foi possível identificar a origem da filantropia, 2 privados, 1 católico e 1 de gestão estadual, totalizando 16 unidades. É provável que o número de unidades seja maior nesse período, contudo, parte dessa memória é de difícil resgate.

unido a um grupo grande de psiquiatras, não conseguiu evitar a criação desses hospitais, apesar das críticas do meio médico ao espiritismo. Franco da Rocha, por exemplo, já acusava os espíritas como os principais causadores ou “criadores” da doença mental. Henrique Roxo (renomado psiquiatra carioca), mais irônico, chegou a sugerir uma entidade nosológica denominada “delírio espírita episódico” (ALMEIDA, 2007; SEIXAS, 2012). Já Pacheco e Silva, contundente, em 1947 dizia que a população inculta atribuía as desordens mentais como advindas de fenômenos sobrenaturais (de “maus espíritos”):

O espiritismo vai, dia a dia, lançando suas raízes nas classes incultas, atraindo as pessoas sugestionáveis e de síntese mental fraca. Os tarados, imbecis, psicopatas buscam nas sessões espíritas um remédio para sua falta de adaptação social. (PACHECO E SILVA, 1947 citado por ALMEIDA, 2007).

Essa leitura médica, contudo, não venceu a queda de braço do forte movimento espírita que apareceu em determinadas regiões do país e do Estado, concorrendo também com a Igreja Católica.⁸⁶ Nessa época, por razões próximas, porém distintas, o doente mental era objeto de interesse tanto de psiquiatras quanto de espíritas. De um lado pela busca de reconhecimento científico e, do outro, de legitimidade social via a filantropia. Enquanto a loucura era objeto de um saber psiquiátrico que se pretendia médico (ao procurar desvendar suas causas e oferecer tratamentos eficazes, em busca de estatuto científico, que se resolve no futuro com a psicofarmacologia e a neurociências), no espiritismo era objeto de estudo das manifestações de uma alma perturbada por interferência dos espíritos, o que exigia cuidados na dimensão espiritual. A disputa de espaço perdurou quase 50 anos,⁸⁷ com embates fervorosos dos dois lados, por via dos meios de comunicação da época (rádio, jornais e revistas):

⁸⁶ Havia certa disputa com a Igreja Católica que chegou a denominá-la herética. Contudo, teve menos repercussão do que o embate com médicos e psiquiatras, no campo da assistência psiquiátrica (ALMEIDA, 2007; RIBEIRO, 2009).

⁸⁷ Até a década de 50 parece ter coexistido uma linha que acreditava na associação da doença mental ao espiritismo, inclusive contando com médicos crentes da doutrina, e a higienista que a associava à degenerescência, influência do discurso de origem eugênica, presente nesse movimento. (ALMEIDA, 2007)

Figura6. Matérias do periódico Diário da Noite (de São Paulo), 1939

Fonte: ALMEIDA (2007)

O embate entre psiquiatras e espíritas somente arrefeceu quando cada qual conquistou seu espaço, os psiquiatras no meio acadêmico (disciplina que adquiriu estatuto biomédico) e os espíritas como pertencentes a uma religião aceita pela sociedade (ALMEIDA, 2007).

Os hospitais psiquiátricos de inclinação espírita surgiram em momento posterior às Santas Casas (filantropia de tendência católica), quando o Espiritismo começava a crescer e se multiplicar no país, principalmente na região sudeste.⁸⁸ Diferentemente do processo histórico de entrada dos médicos para tomada do controle técnico das Santas Casas, a linha espírita se propunha a ser também disciplinar, apresentava ofertas de cuidado (dos passes, sessões de desposseção, às cirurgias e curas espirituais), tinha sua técnica e arcabouço conceitual

⁸⁸ O Espiritismo no Brasil é o que atingiu maior expressão em comparação a outros países. Apesar disso o catolicismo desde o passado até os dias atuais continua a ser predominante no país (no Censo 2010 atinge 65% da população com crescimento significativo de religiões neopentecostais (22%). Os adeptos ao Espiritismo equivalem atualmente a 2% da população.)

próprio para explicar as causas e cuidar da loucura. A doença mental seria a manifestação corporificada de seus princípios e argumentos teóricos. Inclusive, como se disseminou entre classes sociais mais abastadas,⁸⁹ presencia-se na história, a organização de associações de civis detentores de recursos e/ou de rede de doadores que abraçaram essa causa com fervor (ALMEIDA, 2007). Ao realizar levantamento de informações, por meio da consulta em páginas das associações espíritas que eram e as que continuaram a ser gestoras de hospitais psiquiátricos ainda em funcionamento, foi possível observar que a fundação, a direção e a assistência desses hospitais eram realizadas por pessoas leigas (inclusive com a presença de mulheres, o que é interessante de observar do ponto de vista desse protagonismo) e/ou médicos gerais ou de outra especialidade, que não a psiquiátrica. Mas provavelmente também existiram psiquiatras adeptos à doutrina espírita nesse perfil.

Em determinadas regiões do Estado de São Paulo esses grupos ganharam proeminência regional, favorecendo a criação de amplo conjunto de serviços filantrópicos assistenciais (além dos hospitais psiquiátricos também surgiram outras instituições vinculadas à assistência social, como creches, abrigos e instituições para asilamento de deficientes e idosos), o que leva à suposição de que a distribuição de parcela significativa dos hospitais psiquiátricos deveu-se muito mais a essa origem do que propriamente a um planejamento regional estatal.

A filantropia está intrinsecamente relacionada à história da Saúde Pública e da Assistência Social como setor fundante de serviços de caridade. Até os dias atuais, as políticas públicas se utilizam dessa relação, sendo predominantemente subvencionadas pelo Estado por meio de instituições beneficentes, mas de natureza privada. Para garantir a interiorização e a capilaridade dos serviços assistenciais a história demonstra a opção por essa estratégia. Por

⁸⁹ “O espiritismo não é apenas um mal que se alastra pelas camadas inferiores, incapazes de controle e resistência, senão que se estende alcançando as camadas superiores da sociedade” (PACHECO E SILVA, 1950 citado por ALMEIDA, 2007).

exemplo, boa parte da oferta de assistência hospitalar do SUS no interior dos estados origina-se das santas casas (SESTELO e col., 2013) e são, portanto, entes que também estabelecem relações de poder e atuam na arena das pactuações territoriais. Em algumas regiões essa influência é determinante, interferindo na correlação de forças com o governo local, regional e até estadual.

No caso da assistência aos doentes mentais - tal como é descrita em textos que estudam esses períodos históricos e na consulta de registros das entidades - , há indícios de que a entrada dessa filantropia nos hospitais psiquiátricos começou a aparecer com maior frequência em meados da década de 1940. Um dos argumentos a essa expansão teria sido para resolver os problemas de superlotação do Hospital Juquery, que centralizava as internações do Estado (associada à intenção de promover uma oferta assistencial mais interiorizada). Muitas descrições das unidades nos sites apontam que o serviço foi estruturado inicialmente para receber um contingente de pessoas que estavam no Juquery (em alguns casos, o número era bem elevado, de até 1.500 pacientes, na época da ditadura. Publicações denunciam cifras entre 12.000 até 18.000 internações dentro do Juquery nesse período. (BELLIS, 2004, FIOCRUZ, 2004; CAMINOTTO, 2008; BARROS e BICHAFF, 2008). Outro fato que pode ter induzido nesse primeiro período a construção dos hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo foi a publicação do Decreto 8.550/1946, que permitia acordos entre o Serviço Nacional de Doenças Mentais e os governos estaduais do ponto de vista da oferta de recursos para a construção de hospitais psiquiátricos. (FIOCRUZ, 2004).⁹⁰

É comum encontrar discussões sobre essa época em publicações relacionadas ao tema da reforma psiquiátrica, acerca do “lobby” de negócios que diz respeito a essa questão da

⁹⁰ Desde a década de 1930 observa-se o início de um movimento crescente de constituição de conjunto de normas, regras e leis (que perdura até os dias atuais), para lidar com as internações e a atenção à saúde mental. Entre os anos de 1934 e 1944, no nível federal, foram publicados decretos que, por exemplo, criava o setor ministerial que cuidaria desse assunto, indicava a forma como a assistência ficaria organizada, publicava dados sobre a assistência e até da condenação do uso de termos como hospício, asilo, retiro e recolhimento nas instituições, sugerindo em substituição a palavra hospital psiquiátrico. (FIOCRUZ, 2004)

loucura. Quando se realiza o resgate histórico dos anos de fundação dos hospitais psiquiátricos, observa-se crescimento constante e gradativo, que se intensificou na ditadura. Com início ainda na década de 1920 (4 novos hospitais), consolidou-se entre as décadas de 1930 e 1950 (21 novas unidades), ampliando-se a partir de 1960 até o fim da ditadura (em 34 unidades, mais que o dobro dos períodos anteriores), a maioria por subvenção estatal a entidade filantrópica de origem religiosa (predominantemente espírita), em relação ao que foi possível levantar de dados históricos.⁹¹ Para além do que comumente se nomeia de “indústria da loucura” nas publicações que narram essa história, talvez seja interessante compreender melhor nesse complexo filantrópico (existente até hoje), algo que parece se aproximar também de uma “indústria da caridade”.⁹² O que torna esse contexto mais complexo, com outras forças em jogo. Não é socialmente simples questionar algum interesse econômico frente a uma estrutura de caridade ofertada, feita por associações e sociedades de origem religiosa que se organizaram para se “doar” de forma abnegada ao cuidado de “pessoas doentes, pobres, rejeitadas e marginalizadas”.

A caridade de origem religiosa sempre esteve presente desde os primórdios da história da medicina e, conseqüentemente, da psiquiatria. Na Idade Média, as ordens religiosas eram as responsáveis pelos hospitais, que nessa época se conformavam como instituições de assistência aos pobres, sem finalidade terapêutica e curativa. Tinham a função de recolher pobres doentes que cursavam para a morte, por isso recebia na época também o apelido popular de morredouro. Como portavam doenças de possível contágio, eles permaneciam reclusos e isolados para proteção do perigo que passavam a também representar. Tratava-se de uma obra de caridade que contava com um corpo de pessoas pertencentes a essas ordens

⁹¹ Ao menos 24 unidades possuem essa origem, do que se conseguiu identificar no conjunto dos hospitais psiquiátricos levantados. 12 unidades eram de administração direta do Estado, 6 de origem católica e as demais sem identificação. Das 64 unidades identificadas, 33 permanecem abertas, 17 de origem espírita, 10 de direta e 3 católicas. Como já observado, é possível que o número de unidades seja maior do que as identificadas nesse estudo, contudo, parte dessa memória se perdeu.

⁹² O volume de instituições de origem filantrópica é enorme e elas estão também em outras áreas e setores. O recorte refere-se somente aos hospitais psiquiátricos.

religiosas ou ligadas a elas, porém como leigos devotos, que deveriam assistir aos enfermos doentes para garantir-lhes uma boa morte e salvação eterna. (FOUCAULT, 1995, 2006, 2011).

Para FOUCAULT (1995, 2006, 2011), a medicina nesse período era uma prática não hospitalar. Foi a partir do Iluminismo que se iniciou um movimento reformista do hospital para transformá-lo no locus disciplinar médico. Em seu cerne argumentativo, essa reforma era necessária para viabilizá-lo como espaço terapêutico de tratamento e cura. Para tanto, o médico passou a ser o principal responsável e organizador do hospital, de modo que a filantropia se reacomodou dentro do contexto hospitalar como entidade provedora e caritativa, e o corpo médico, como responsável técnico (muito embora ela se diversifique em outros de estabelecimentos ligados, por exemplo, à assistência social e à educação, em que seu protagonismo se preserva).

Nesse período, as teorizações que tomavam a loucura como objeto do saber psiquiátrico (e estabeleciam que ela deveria ser estudada e tratada em ambiente próprio a essa especificidade, os manicômios) também a aproximavam da ideia de periculosidade. A periculosidade seria decorrência da suposição de um tipo de degenerescência silenciosa, uma anomalia que poderia eclodir subitamente, de forma furiosa e mortífera, ligada à *monomania*. Tal pensamento inclusive influenciou a vertente eugênica do movimento higienista. (FOUCAULT 2002, 2006).

A mecânica excludente dessa lógica, associada ao aspecto da não-cura ou da cronicidade, pode ter reconduzido em certa medida a filantropia para um lugar de maior legitimidade e, com isso, também de disputa. Afinal, com a vocação da caridade viabilizou-se uma destinação aos indesejáveis e marginalizados, potenciais ameaças para uma sociedade que não os queria por perto, em convivência.

Portanto, essa defesa da filantropia acontece em parte pelo o que ela representa no ideário da sociedade e também porque ambos, sociedade organizada e Estado, se

retroalimentam desse sistema que foi se estruturando ao longo da história. Além disso, não se pode desconsiderar todo o escamoteamento das subvenções estatais que financiam há anos (se não integralmente) uma fatia importante dessa caridade.

Essa discussão é importante de ser acrescentada pois - daquilo que a pesquisadora escutou no GCE e entre os pares da gestão no processo de discussão e negociação de fechamento de hospitais ou de diminuição de leitos⁹³ - enfrenta-se maiores resistências e dificuldades (inclusive com a mobilização da sociedade civil da região) justamente nas unidades vinculadas às associações filantrópicas que são politicamente mais influentes numa determinada região do estado, tal como aparece em matérias da mídia local (em momentos de denúncias e/ou possibilidade de fechamento da unidade).⁹⁴

Outro dado (ou a ausência deste) que se observa, ao longo desse período da história até a reforma sanitária, é a falta de regulação e acompanhamento do Estado (em seus diferentes níveis), nas relações com essa filantropia. O papel estatal parece ter se restringido a garantir as subvenções, enquanto as entidades, cada qual a seu modo, em ofertar os serviços assistenciais. De certa forma isso também propiciou brechas para as históricas internações indiscriminadas, os longos tempos de internação a as próprias violências (em diferentes intensidades) que aconteceram no interior desses hospitais. Essa posição apartada e omissa do Estado⁹⁵ favoreceu uma situação de invisibilidade que só se rompeu com maior solidez nos idos de 1970. Em meio ao fortalecimento dos movimentos sociais e no contexto dos protestos e críticas contra o regime da ditadura, a mídia abriu maior espaço para a discussão desses

⁹³ O argumento, nesse caso, é a perda do certificado da filantropia que isenta a unidade de uma série de tributos.

⁹⁴ Tal como o exemplo dessa matéria: <http://mariliaglobal.com.br/16/11/2015/acao-do-mp-contra-hospital-andre-luiz-de-garca-compromete-atendimento-de-dependentes-quimicos/>). GARCIA (2012) cita situação similar ocorrida na região de Sorocaba durante os processos de discussão sobre a desinstitucionalização desencadeada na região, a partir da década de 80, com o movimento da Reforma Psiquiátrica, que foi duramente criticada pelos jornais locais, em defesa do conglomerado de 10 hospitais psiquiátricos da região.

⁹⁵ Não se pode também desconsiderar que o Estado possuía e ainda possui a gestão de uma parcela das unidades e os mesmos problemas também ocorreram nesses casos. Portanto, essa omissão foi dupla.

problemas quando alguns dos trabalhadores, indignados com o que presenciavam no ambiente hospitalar, encamparam uma série de denúncias sobre violências de toda ordem.

Durante a ditadura militar, hospitais psiquiátricos e, com isso, as internações, aumentaram substancialmente, talvez porque também funcionaram como importante recurso repressor e de cerceamento das liberdades, em conluio a uma fatia da sociedade que se acomodou ou apoiou a ditadura, identificada com sua faceta mais nacionalista e conservadora, somada à influência da cultura higienista ainda muito presente nesse período.⁹⁶ Nesse ínterim, a situação de acirramento do estado de exceção que o país vivia, com o estabelecimento do Ato Institucional n.5 durante a ditadura militar, acrescentou mais uma herança sombria aos hospitais psiquiátricos, além das internações indistintas e sem prazo para cessar: a de servirem nessa época como alternativa de confinamento de parcela de pessoas contrárias ao regime político ou avessos à moral dos bons costumes, de perseguidos políticos a pessoas comuns, porém consideradas com comportamentos “desviantes”.⁹⁷

Cabe ressaltar que esse aumento no número de hospitais e leitos psiquiátricos pela iniciativa privada (incluindo os serviços de origem filantrópica) ocorreu porque o Governo Federal, nesse período do pré ao pós-ditadura, ao centralizar a assistência médica e a

⁹⁶ Na atualidade é estarrecedor observar o resgate e apoio desse ideário numa fatia grande da sociedade.

⁹⁷ Muitas dessas pessoas paravam nos hospitais psiquiátricos, por exemplo, porque tinham algum “desvio” no plano dos desejos (moças de família com inquietações bovarianas (em alusão à personagem da Emma Bovary), libertinos e homossexuais, alcoolista e até os que fumavam maconha de vez em quando), algo difícil para uma família conservadora suportar. Estas deliberadamente levavam seus parentes para tratar desses “perigosos vícios”, quando não eram os próprios agentes de estado que o faziam, numa internação tutelada e sem prazo para sair. A história do filme “Bicho de Sete Cabeças” (de Lais Bodanzky), que teve grande audiência e repercussão, foi baseada na vida real de Austregésilo Carrano Bueno, autor do livro autobiográfico “O Canto dos Malditos” e membro atuante do Movimento da Luta Antimanicomial. Similar a tantas outras que foram contadas e algumas registradas em publicações (Conferir, por exemplo, a obra de Daniela Arbex, intitulada “Holocausto Brasileiro”). Todas as narrativas eventualmente apresentadas por quem viveu num hospício, em diferentes momentos e por diferentes razões, costumavam e costumam até hoje causar perplexidade e impacto, menos pelo problema que a levou à internação, do que pela privação de anos de vida, passados num lugar fechado, sem qualquer possibilidade de algum espaço próprio, de escolhas, de ir e vir. Inúmeros autores têm feito um importante resgate das experiências vividas como trabalhadores desses locais e da memória dos pacientes que ficaram por anos morando nesses hospitais.

Sobre os hospitais psiquiátricos na ditadura, conferir matéria na mídia: 25/09/1998 Hospital Psiquiátrico de SP, o maior do país, será investigado: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff25099813.htm>; e outros links: <https://ultimosegundo.ig.com.br/politica/2014-12-17/escolhido-para-delatar-dilma-foi-torturado-ate-enlouquecer-e-levado-ao-juquery.html>; <http://www.memorialdaresistencia.org.br/memorial/default.aspx?c=bancodedados&idlugar=100&mn=59>

previdência social (via INPS, e posteriormente o INAMPS, quando as caixas de aposentadorias ligadas aos sindicatos foram extintas), também foi indutor desse tipo de modelo assistencial.⁹⁸ Em sua gestão passou a adotar a celebração de convênios com a iniciativa privada como tendência, no intuito de garantir a ampliação de equipamentos e serviços (antes era predominantemente de administração pública / direta). Esse mecanismo gerou uma espécie de mercado médico que se beneficiou e se tornou muito lucrativo aos estabelecimentos dessa natureza, incluído o filão dos hospitais psiquiátricos. Muitos dos hospitais hoje privados foram construídos com recursos públicos dessa época. A falta de regulação estatal para esse tipo relação contratual (hospitais costumavam apresentar uso excedente de seus recursos, com altas taxas de ocupação hospitalar, dado denunciado pelo movimento da reforma psiquiátrica) facilitou e fortaleceu a entrada desse outro agente de poder imbuído de jogo de interesse econômico. (PAULIN e TURATO, 2004)⁹⁹

Durante a década de 1960-1970, em contraponto, também surgiram algumas raras experiências de cuidado no Estado de São Paulo, fora do ambiente hospitalar, dirigidas às situações de sofrimento psíquico. Esses serviços de caráter ambulatorial e/ou comunitário eram raros, a maioria vinculada à universidade ou a alguma entidade que ofertava serviços psicoterápicos.¹⁰⁰ Essas propostas começaram a surgir com a ampliação de cursos de graduação e demais modalidades, para outros tipos de profissionais não-médicos, de saúde e afins (psicologia, psicanálise, terapia ocupacional, fonoaudiologia, assistência social, enfermagem, educação, filosofia, ciências sociais, outros). Contudo, a rede pública

⁹⁸ PAULIN e TURATO (2004) indicam que uma inversão importante do aumento de leitos em hospitais privados que ocorreu no período de 20 anos (de 1961 a 1981). Em 1961 já se notava o aumento do número de hospitais psiquiátricos privados com inversão da maioria dos leitos para esse grupo: dos 135 hospitais, 81 eram privados e tinham 60% do total de leitos. Em 1941, 80,7% dos leitos eram públicos. Já em 1981, os hospitais privados detinham 70,6% do total de leitos.

⁹⁹ Fenômeno similar se observa nos modelos atuais de contratos de gestão com as Organizações Sociais de Saúde (OSS), embora hoje se procure utilizar alguns mecanismos de acompanhamento, controle e regulação dessa relação. Outra diferença é que há exigência de exclusividade ao ente público, diferente dos convênios que permitem a dupla porta de entrada de recursos públicos e privados, por exemplo, pode atender tanto SUS quanto Saúde Suplementar.

¹⁰⁰ Como no Instituto de Psiquiatria e o Instituto da Criança da Faculdade de Medicina da USP, Comunidade Terapêutica Enfance, o Instituto Sedes Sapientiae, entre outros exemplos.

assistencial continuava predominantemente hospitalocêntrica, com internações em massa e tempo de permanência excessiva elevado (NETO, 2011).

Em São Paulo, um dos primeiros lampejos de uma discussão mais direta sobre a política de assistência em saúde mental surgiu em 1973, com o Prof. Luís da Rocha Cerqueira, quando assumiu a coordenação de saúde mental. Em suas passagens pregressas de trabalho (em Pernambuco e Rio de Janeiro), ele já denunciava os problemas da “indústria da loucura” por meio de levantamentos de dados de leitos psiquiátricos. Numa época em que a utilização dos medicamentos psicotrópicos nos tratamentos deveria levar à diminuição das internações (em termos de quantidade e de tempo), tal como ocorria em outros países, Cerqueira ressaltava que no Brasil elas só aumentavam. Os leitos saltaram de 24.113 em 1941 para 78.273 em 1978. Ele também alertava que as taxas de óbitos nos hospitais psiquiátricos eram mais elevadas. Nesse período, elaborou a “Declaração de Princípios de Saúde Mental” (1971), em concordância com as recomendações da OMS e da OPAS da época, que já apontavam as influências das críticas desenvolvidas pelo movimento da reforma psiquiátrica. Esses princípios subsidiaram a publicação do Manual de Assistência Psiquiátrica de 1973, aprovado pelo Instituto Nacional de Previdência Social - INPS e pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. Contudo, ele foi pouco aplicado na prática. O documento indicava a necessidade de se atuar com recursos extra-hospitalares (unidades de saúde mental de base comunitária) e equipes multiprofissionais, incentivando internações abreviadas, com duração limitada. (SCARCELLI, 1998; BELLIS, 2004; YASUI, 2010)

Durante o único ano que esteve no cargo, em São Paulo, Cerqueira foi combativo com gestores de hospitais psiquiátricos e chegou a implantar uma unidade de emergência, posteriormente fechada, segundo o próprio, por boicote. Acabou por ser afastado após causar incomodo com a publicação dos indicadores de eficiência dos hospitais psiquiátricos (quando apresentou dados dos leitos e das internações) e por apontar uma possível redução de 30% no

percentual das internações com o uso do recurso da unidade de emergência (BELLIS, 2004). Esse desfecho sinaliza o poder de influência que esse setor hospitalar exercia nessa época.

Outro evento importante desse período, que acompanhou a mobilização dos movimentos sociais em nível nacional, foi a realização do I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental em 1979, no Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo, com o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Nessa ocasião, as reivindicações giraram em torno das críticas aos hospitais psiquiátricos (modelo manicomial), de maior participação nos processos decisórios da política assistencial junto aos setores responsáveis e da necessidade da retomada da democracia no país (AMARANTE, 2001).

Em 1981, diante da situação de crise e em momento de reestruturação, surgiu no nível federal uma nova proposta de gestão conjunta de modalidade de convênio pelos Ministérios da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Saúde, denominado Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária - Plano CONASP, inspirado pelos princípios do projeto de funcionamento do futuro SUS (proposto pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES) e no Manual para Assistência Psiquiátrica (elaborado por Luís da Rocha Cerqueira). Nessa proposta, houve a consideração de que apesar dos convênios objetivarem a compra de serviços em hospitais privados / filantrópicos para a melhoria da assistência à população, o que se observava de concreto era o crescimento exacerbado do número de leitos e de internações, o aumento na quantidade de reinternações e o crescimento do tempo médio de permanência no hospital. (SCARCELLI, 1998; AMARANTE, 2001; YASUI, 2010)

Por conta da discussão sobre essas mudanças, que poderia implicar em perda de recursos oriundos dos convênios, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) foram contrários a esse plano. Essa resistência perdeu força em 1985 da parte da FBH devido à desmobilização interna dos associados e outras saídas para

o mercado (plano privado, seguro). A ABP recuou em parte da sua posição, oferecendo apoio junto à Divisão Nacional de Saúde Mental - DISAM (dirigida por setores universitários que se posicionavam contrariamente ao MTSM), que também apresentava certa reserva à proposta, devido à provável descentralidade do poder com a presença do CONASP. (SCARCELLI, 1998; AMARANTE, 2001). Esses tensionamentos refletem as origens de como se configurou, com a reforma psiquiátrica, as relações de força entre diferentes representações institucionais e as entidades de classe. Essas disputas se prologaram até os dias atuais, de forma recrudescida, numa retomada de ataques mais explícitos.

Enquanto isso, em São Paulo, durante a campanha de Franco Montoro, em 1982, organizaram um grupo para elaborar a proposta de um plano de governo para a Saúde Mental. Para tanto, foi apresentado diagnóstico sobre a prevalência das doenças mentais, o cenário das internações na assistência psiquiátrica e o que existia de recurso extra-hospitalar. Na ocasião, contabilizaram 121 hospitais psiquiátricos¹⁰¹ (112 particulares e 9 do Estado), 18 ambulatórios de saúde mental na Região Metropolitana de São Paulo, 19 centros de saúde e 18 postos oferecendo algum atendimento em saúde mental.¹⁰² No relatório também constava que os hospitais (de natureza privada) não estavam distribuídos de acordo com as necessidades da população, mas por conta dos interesses de seus proprietários, as taxas de ocupação no privado eram muito mais elevadas do que no público (40% nos públicos e 150% nos privados), com alto número de reinternações e de tempo de permanência nos hospitais. Tal levantamento deixou explícito o modelo hospitalocêntrico que operava no Estado, com oferta mínima de atendimento ambulatorial e serviços na rede básica, em termos de unidades e também de recursos humanos (SCARCELLI, 1998).

¹⁰¹ No levantamento realizado só foi possível localizar 64 unidades, adotando-se como principais referências os dados dos censos psicossociais. A maioria com algum histórico de leito conveniado pelo Estado.

¹⁰² Yasui em seu mestrado levantou que o Estado de São Paulo possuía 18 Ambulatórios (11 na RMSP e 7 no interior) e 46 Centros de Saúde (19 na RMSP e 27 no interior). Posteriormente essas equipes seriam ampliadas e transformadas em ambulatórios de saúde mental (informações fornecidas pelo o autor).

Esses movimentos, experiências iniciais e informações, ofereceram as condições de possibilidade necessárias para que na entrada do Governador Franco Montoro (1983-1987) algumas propostas e mudanças na saúde, inspiradas pelos movimentos das reformas sanitária e psiquiátrica fossem oficialmente implantadas nos serviços públicos de saúde. Esse governo representou um marco histórico e se tornou uma das principais referências para que alguns dos modelos desses serviços fossem futuramente utilizados com as mudanças posteriores que o governo federal incorporou em nível nacional, após a Constituição de 1988 e a instituição do SUS (SCARCELLI, 1988; AMARANTE, 2001; BELLIS, 2004; YASUI, 2010).

O Prof. Luís da Rocha Cerqueira chegou a ser cogitado para ser coordenador da área técnica de saúde mental na Gestão Montoro, mas encontrava-se doente, vindo a falecer em 1984. Marcos Pacheco Toledo Ferraz foi quem assumiu a coordenação para começar a implantar as mudanças que Cerqueira almejava no âmbito das políticas de saúde mental no Estado de São Paulo. Esse momento da gestão é constantemente evocado, com muito reconhecimento, pelos profissionais que trabalharam no período (história presente nas falas das pessoas com quem a pesquisadora teve contato).¹⁰³ Na Saúde, em geral, pelo convenio com o Ministério da Saúde no âmbito do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que recomendava a regionalização progressiva do sistema de saúde, foi implantado os Escritórios Regionais de Saúde, os ERSAs. E na Saúde Mental foi proposta a oferta de uma rede de ambulatorios nos centros de saúde, com presença de equipes mínimas multiprofissionais. Também ocorreu a implantação do Programa de Intensidade Máxima – PIM, com a atuação de equipes especializadas em parcela desses ambulatorios, com vistas ao acompanhamento de quadros mais severos, a fim de se evitar internações (SCARCELLI, 1998; CAMINOTTO, 2008; YASUI, 2010).

¹⁰³ O livro de YASUI (2010) expressa algo similar em sua narrativa sobre a experiência vivida nesse período.

Durante essa época, em 1985, aconteceu o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, em Espírito Santo.¹⁰⁴ A finalidade era realizar diagnóstico sobre a assistência psiquiátrica nos Estados para formular proposta de reorganização, com outras pautas incluídas nesse processo. Do material produzido ficou novamente evidente o predomínio do modelo hospitalocêntrico e privado / filantrópico (por não ser de administração direta, porém conveniado pelo Estado) e o problema da escassez de recursos humanos. Como encaminhamento, apontou-se a necessidade da regionalização, da integração e da participação da comunidade nos processos decisórios. E a principal estratégia seria reduzir o número de leitos psiquiátricos para direcionar investimentos em serviços extra-hospitalares (AMARANTE, 2001; YASUI, 2010).

AMARANTE (2001) e YASUI (2010) apontam que, nesse período, a exemplo do que ocorreu no Estado de São Paulo, parte importante dos protagonistas e ativistas do MTSM passaram a ocupar posições de liderança em programas estaduais e municipais de saúde mental, além de coordenações em serviços de saúde e docências em universidades e institutos, com destaque para a região sudeste. Essa nova circunstância, em São Paulo, promoveu propostas iniciais visando algumas ações de melhoria e de mudanças na condução da política. Também foram se moldando posições distintas nessas representações institucionais, em particular, entre aqueles que se encontravam no aparato estatal e os que se localizavam ao nível dos serviços e dos trabalhadores, o que gerou gradativo tensionamento no interior do MTSM.

A crítica girava em torno de uma tendência mais “conformista” dos que se encontravam em órgãos da gestão, no sentido de uma modernização e humanização dos hospitais psiquiátricos e da psiquiatria sem, afinal, perder sua centralidade. Além de uma inclinação em organizar a agenda e as diferentes participações dentro do movimento. E, de

¹⁰⁴ Antes desses encontros foram feitas prévias estaduais com participações ampliadas de diferentes atores, das secretarias de gestão estadual e municipal, das universidades e dos serviços de saúde.

outro lado, a que apostava numa proposta mais participativa (do ponto de vista dos trabalhadores, usuários e familiares) e radical, de mudança cultural e de ruptura do modelo medico-centrado, com a substituição dos hospitais psiquiátricos por outros serviços de base comunitária, numa proposta ampliada de cuidado e de experiência de vida social. (VALENTE, 1988; YASUI, 2010).

Com isso, ocorreu um processo de renovação no MTSM de São Paulo, ocasionando novas direções em seus posicionamentos. Tal processo foi desencadeado após protesto manifestado durante um congresso de trabalhadores do Estado de São Paulo, organizado em 1985 pela Coordenadoria Estadual de Saúde Mental, sem a participação dos próprios trabalhadores para essa organização, incluídos os pertencentes ao MTSM. Um grupo de integrantes do MTSM, a partir dessas premissas, apresentou em 1986 uma organização independente, a Plenária dos Trabalhadores de Saúde Mental, que defendeu preservar um espaço livre para criticar a condução das políticas oficiais, independentemente do quanto a gestão estivesse mais ou menos em consonância com o movimento. Também incluiu a proposta de realização de novo congresso organizado por meio dessa plenária, o encontro de Bauru. (AMARANTE, 2001; YASUI, 2010).

Ano seguinte, 1987, aconteceu o II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, em Minas Gerais (Barbacena), onde o tema da rede ficou mais evidente. No balanço de um ano para o outro apontaram avanços como a criação das Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental – CISM e a expansão de serviços ambulatoriais. Porém, a cobertura dos serviços era muito baixa, havia a necessidade de melhorias na rede básica, além da carência de recursos humanos e da presença de algum tipo de serviço intermediário, pronto-socorro e enfermarias em hospital geral para dar melhor retaguarda. As internações continuaram a ser realizadas predominantemente em hospitais psiquiátricos filantrópicos. Por fim, indicaram as muitas desigualdades entre as regiões e que esses processos dependiam de

recursos específicos dirigidos aos novos serviços e da posição política assumida das CISM's na condução da implantação de novos serviços (AMARANTE, 2001)

E, na sequência, ocorreu de forma independente (influenciado pela crítica que rondava o MTSM de necessidade de distanciamento do aparelho de Estado), e em contrariedade ao DISAM, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, como desdobramento 8ª. Conferência Nacional de Saúde.¹⁰⁵ As principais recomendações apontaram para a necessidade de apoio da sociedade civil à mudança cultural e nas práticas, da participação social nos processos decisórios das políticas e a priorização de investimentos em serviços extra-hospitalares e multiprofissionais. (AMARANTE, 2001)

Em paralelo aos processos de encontros e conferências acima descritos, em 1987 a Plenária paulista organizou de forma independente o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru¹⁰⁶. Com seu lema, “Por uma sociedade sem manicômios”, confirmou-se como um grande marco histórico, de ruptura social e política sem precedentes. Nesse momento, de forte influência basagliana, o eixo norteador das proposições adotou a luta antimanicomial (portanto, indo contra os hospitais psiquiátricos em funcionamento) para ações concretas visando não somente a desinstitucionalização, mas principalmente a necessidade de verdadeira mudança paradigmática ao que era vigente, que se deflagrava na violência de Estado que sustentava essa lógica de funcionamento, visando sobretudo o direito à cidadania. Nas palavras de parte de seu manifesto:

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos.

¹⁰⁵ A 8ª. Conferência Nacional de Saúde também foi marco importante. Com participação ampliada da sociedade civil, foi fundamental para a criação do SUS. O lema do encontro, “saúde como direito a todos e dever do Estado” marca até hoje o ideário do SUS. Sempre muito evocado nos momentos em que se ameaçam seus princípios.

¹⁰⁶ O evento contou, ao ser concretizado dessa forma independente, com o apoio de duas grandes lideranças das reformas sanitária e psiquiátrica, David Capistrano que era secretário de saúde do município e Roberto Tykanori Kinoshita, como gestor de saúde mental (YASUI, 2010).

O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. (Manifesto de Bauru, dezembro de 1987)

O evento também marcou a vinculação da organização de trabalhadores com entidades de usuários e familiares dos serviços de saúde, fundando o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial - MNLA. (YASUI, 2010).

AMARANTE (2001) cita a importância que a organização de associações de usuários¹⁰⁷ e familiares adquiriu nesse processo, do ponto de vista da garantia de ações direcionadas ao campo sociocultural. Em São Paulo, nessa época, um grupo de ex-usuários e familiares de usuários que passaram pelo Hospital Juquery fundou a Associação Loucos pela Vida (em 2001, sediada na cidade Mogi das Cruzes). Também surgiram as associações Franco Basaglia (fundada em 1989, no município São Paulo) e Franco Rotelli (fundada em 1991, na cidade de Santos). Elas desempenharam protagonismo nos movimentos sociais, dando visibilidade às ações e discussões que se ampliaram para além do âmbito técnico-assistencial (SCARCELLI, 1998; LUCAS, 2007; YASUI, 2010).

Esse momento histórico coincidiu com as eleições para o governo e a condução da gestão estadual por outro político, Orestes Quércia, que apesar de ser do mesmo partido de Montoro (foi seu vice-governador), o PMDB, conduziu de forma mais conservadora a política de saúde. É importante ressaltar que nessa época o processo de descentralização do poder federativo era inicial e o Estado ficava responsável pela função assistencial dos serviços de saúde. A municipalização começa a acontecer de forma expressiva a partir de 1989

¹⁰⁷ Essas associações foram as primeiras a se organizar e tiveram seu reconhecimento histórico pelas ações desenvolvidas e pelo incentivo na abertura de muitas outras até os dias atuais. Segundo LUCAS (2007) havia, durante seu período de pesquisa, cerca de 150 associações e grupos de Saúde Mental em São Paulo.

(GUERRA, 2015). Dentro desse contexto, VALENTE (1988) mencionou certa morosidade da gestão anterior, porém criticou de modo contundente o governo vigente dessa época, apontando a falta de investimento nos trabalhadores e serviços de base comunitária, além de cortes para o trabalho de supervisão clínico-institucional. Também denunciou o retorno de ações de caráter asilar nos hospitais psiquiátricos, o arrefecimento de práticas extra-hospitalares e a tentativa de fechamento de serviços. A autora ressaltou o marco do congresso realizado em Bauru e a importância da criação da Plenária, que se reunia com certa regularidade, despontando como nova força social e política inclusive para o acompanhamento desses problemas.

É justamente nesse momento histórico, talvez como desdobramento das críticas dos movimentos em relação ao papel do Estado frente à continuidade da institucionalização, que surgiram iniciativas mais consistentes do ponto de vista de uma proposta de mudança na lógica manicomial. No mesmo ano do Congresso de Bauru, em 1987, a prefeitura inaugurou o primeiro Núcleo de Apoio Psicossocial – NAPS e, na cidade de São Paulo, o governo estadual abriu as portas do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luis da Rocha Cerqueira (conhecido como CAPS Itapeva). Tratava-se dos primeiros serviços abertos, de base comunitária, a se contraporem ao modelo hospitalar (AMARANTE, 2001; YASUI, 2010).¹⁰⁸

Dois anos depois, em 1989, a Prefeitura de Santos realizou a primeira intervenção de órgão público num hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta,¹⁰⁹ o primeiro a ser fechado no país em vista das denúncias de violência, maus-tratos, incluindo casos de morte.¹¹⁰

¹⁰⁸ Ambos nasceram de proposições distintas, inspirado por diferentes referenciais. O NAPS, de inspiração basagliana, foi baseado na experiência de técnicos, como de Roberto Tykanori Kinoshita, que estiveram em Trieste e acompanharam de perto a experiência da Psiquiatria Democrática Italiana. Desde o início foi concebido como serviço de porta aberta, de funcionamento integral (24 horas), substitutivo do hospital psiquiátrico. O CAPS Dr. Luis da Rocha Cerqueira, foi idealizado por Jairo Goldberg, inicialmente concebido para ser um centro de referência de tratamento de casos graves. Era de inspiração psicanalítica, voltado para a clínica das psicoses. Posteriormente o CAPS estabeleceu parceria com a Associação Franco Basaglia - AFB.

¹⁰⁹ David Capistrano foi Secretário de Saúde do município de Santos nesse período e Roberto Tykanori Kinoshita foi coordenador do programa de saúde mental da cidade.

¹¹⁰ Outros hospitais foram fechados ao longo dos anos, à partir dessa importante iniciativa. O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria – PNASH/Psiquiatria, implantado em 2002, foi um apoio

Santos teve o diferencial de, em conjunto a essa ação, criar um sistema municipal totalmente substitutivo ao modelo manicomial, com a implantação dos Núcleos de Apoio Psicossocial - NAPS (com leitos, funcionando 24 horas, 7 dias da semana, como estratégia central), somada ao surgimento de outras iniciativas cooperadas locais, como associação de usuários e familiares, cooperativa de geração de renda, serviços de residencialidade (lares abrigados). Os NAPS foram implantados para funcionar como serviço de porta aberta diário no intuito de acrescentar atendimento em situações de crise e hospitalidade noturna, minimizando a necessidade de recorrer à internação em hospitais, incluídos os psiquiátricos ainda existentes. (AMARANTE, 2001; YASUI, 2010).¹¹¹

Essas propostas foram as principais referências para a institucionalidade do CAPS como estratégia oficial da política e futura disseminação em território nacional, a partir da publicação da portaria ministerial 224/1992 (AMARANTE, 2001). Sua importância e papel foram tão centrais que a base oficial e normativa de implantação do serviço antecedeu em quase 10 anos a lei 10.216/2001, ao mesmo tempo em que provavelmente reforçou a necessidade de sua promulgação. Além disso, essa portaria iniciou posterior organização de outras normas e exigências para se garantir uma referência mínima de funcionamento, por exemplo, dos hospitais psiquiátricos, com exigência de número de profissionais, modalidades de tratamento, teto de pagamento para redução de margem de lucro, entre outros pontos.

Faz-se fundamental resgatar a iniciativa feita pela Secretaria Municipal da Prefeitura de São Paulo no acréscimo dessas experiências históricas. Durante o governo Luiza Erundina (1989-1992), aliás, outra gestão lembrada com muito apreço nas conversas trocadas entre os pares, o município promoveu uma série de iniciativas assistenciais em saúde mental, com implantação de equipes multiprofissionais na Atenção Básica, criação de hospitais-dia (boa

essencial para o acompanhamento desses estabelecimentos e na definição dos critérios que indicavam a necessidade de fechamento da unidade.

¹¹¹ Atualmente, a modalidade CAPS III prevê um funcionamento similar à essa proposta, com funcionamento 24 horas e leitos de acolhimento noturno.

parte deles foram transformados posteriormente em CAPS) e leitos em hospitais gerais. Além disso, foram desativados 7 dos 22 hospitais existentes (com diminuição de 2.032 dos 4.685 leitos) e queda de 30,5% no número de internações (SCARCELLI, 1998). Apesar dessas inegáveis conquistas, a experiência considerada um modelo de referência por se diferenciar de todas as demais citadas, foi a estratégia dos Centros de Convivência (CECCOS). A prefeitura implantou 18 unidades destas na cidade (hoje existem 21) ressaltando-os como espaços abertos e públicos de sociabilidade, culturais e produtivos, com o objetivo de desencadear ações sociais de livre iniciativa que pudessem de algum modo influir nos processos culturais, ajudando a romper com preconceitos e estigmas. (SCARCELLI, 1998; AMARANTE, 2001; LUZIO e LABBATE, 2006). Apesar de ser um equipamento potente e a portaria da RAPS institucionalizar os CECCOS como ponto de atenção, não existe normativa nem recurso previsto para a implantação de serviços desse tipo em nível nacional ou estadual (depende de iniciativas e custeios locais).

E, por fim, é importante citar as experiências de lares abrigados ocorridas por volta de 1984 no Complexo Juquery (estendeu-se também por outras unidades, como o hospital de Santa Rita do Passa Quatro, nesse caso, com casas fora da área do hospital). Nas internações excessivamente prolongadas, deparou-se com a impactante constatação da criação de moradores que habitavam o espaço asilar há anos, em situação cotidiana de internação.¹¹² E numa primeira tentativa de restituir alguns de seus direitos de cidadania foi implantado esse projeto de construção de lares no terreno do hospital, única condição possível para esse momento em que o internado não tinha respaldo jurídico, na condição crônica, para sair do hospital (não recebia alta). A proposta visava um trabalho de incentivo da autonomia, com a

¹¹² Assim como os antigos sanatórios e leprosários, os manicômios também produziram fenômenos de moradia no interior de alguns dos serviços, principalmente os que a propriedade possuía grandes extensões territoriais. Depois de certo período (às vezes anos) de internação, os pacientes considerados com quadros mais leves, controlados e com autonomia eram transferidos para casas construídas no terreno do hospital. Elas funcionavam como colônias de abrigo e trabalho. Essa proposta existia desde a época de Franco da Rocha, inclusive no Complexo do Juquery. Esse modelo de moradia era diferente da proposta de 1984 dos lares abrigados, principalmente no que se refere ao investimento da autonomia.

possibilidade de um grupo de moradores que gradativamente se organizava para, por conta própria, estabelecer seu espaço de moradia, com sua organização e rotina. Foi o primeiro esboço para as futuras residências terapêuticas, ao mesmo tempo que as RTs foi uma melhor resposta aos limites de um projeto que aconteceu ainda num contexto de intramuros. Ao mesmo tempo em que respaldou a dívida do Estado para com esses moradores que tinham o direito de viver fora do ambiente hospitalar. (MANGIA e ROSA, 2002)

No momento de transição de modelo, com a reforma psiquiátrica, foram realizadas algumas iniciativas de melhorias dentro dos hospitais enquanto se refletia estratégias para resolver o grave problema da institucionalização, porque o sistema assistencial psiquiátrico havia gerado, só no Estado de São Paulo, milhares de pessoas vivendo na condição de moradores. Os hospitais, nesse período entre as décadas de 1980 e 1990, também procuraram se adaptar e apresentar melhorias diante das críticas advindas com o movimento da reforma psiquiátrica e pelo aumento de controle do Governo, que passou a criar mecanismos de monitoramento das unidades subvencionadas. Esse inclusive foi um dos pontos de atrito do movimento, porque ao mesmo tempo que era importante melhorar, isso poderia também virar argumento para a permanência do hospital e seus lares abrigados no contexto da rede de serviços (o que, de fato, aconteceu), denotando certa acomodação por parte da gestão, pois desse modo continuaria a ser um hospital, e não uma residência de fato.¹¹³

Em meio a esse processo de melhorias (para além das instalações e no incremento de recursos humanos), foi criado o Programa de Volta para Casa (PVC),¹¹⁴ que oferece benefício provisório (auxílio-reabilitação psicossocial) em valor menor do que o salário-mínimo, para que a pessoa internada num prazo maior que 2 anos pudesse retornar ao convívio familiar e/ou retomar sua autonomia (com a garantia de acompanhamento em CAPS ou na Atenção

¹¹³ Trecho baseado na experiência e memória narrada dos coordenadores de saúde mental que conversaram com a pesquisadora, em comunicação pessoal e no âmbito da pesquisa.

¹¹⁴ Criado em 2003, Lei n. 10.708.

Básica). Como os longos anos de internação fizeram com que muitos perdessem seus vínculos sociais e familiares, a estratégia do PVC com essa finalidade não foi tão efetiva. Em paralelo e baseado tanto nas experiências internacionais já publicadas e conhecidas, como nos projetos de lares abrigados no Brasil, muitos deles inclusive dentro dos hospitais psiquiátricos de administração direta (a exemplo, dos Hospitais Juquery e em Casa Branca), mas também os de fora (como nos municípios de Campinas e de Santos), elaborou-se a proposta dos Serviços Residenciais Terapêuticos (MANGIA e ROSA, 2002). Como um modelo surgiu antes do outro, no Estado de São Paulo existe a presença predominante de SRTs (mais de 300 distribuídas pelo Estado) e alguns lares abrigados ainda situados dentro dos terrenos de hospitais psiquiátricos de administração direta.

Essas experiências ajudaram a desdobrar a proposição das RTs para uma perspectiva mais moderna e inclusiva, de retorno a uma vida na cidade, no movimento, diferente de permanecer num lugar isolado, ainda cerceado pelos muros e regras de um grande hospital. E, tal como aconteceu com a situação dos CAPS, provavelmente a necessidade de se resolver os casos de egressos de hospitais psiquiátricos fez com que a publicação da portaria ministerial (Portaria 106/2000) também surgisse um ano antes da Lei 10.216/2001, oferecendo legitimidade e custeio às residências terapêuticas.

Na década de 1990 houve uma forte confluência de ações na esfera federal, com apoio do MNLA, que se desdobrou em debates, eventos, conferências, publicação das primeiras portarias, e propiciou maior convencimento técnico-político das necessidades da reforma psiquiátrica. A aprovação da Lei 10.216/2001 garantiu o arcabouço legal necessário para o modelo proposto à reforma, viabilizando mudanças importantes na condução da política, de forma mais clara e contínua, favorecendo a expansão de um novo modelo assistencial. A publicação dela representou a coroação de todas essas experiências e iniciativas prévias. Contudo, a lei também precisou contemporizar diferentes pressões, e acabou por se revelar

relativamente tímida na crítica ao principal agente manicomial: o hospital psiquiátrico. O texto legal não estabeleceu explicitamente a necessidade de fechamento dos mesmos, de modo a deixar grande margem à interpretação de quem a lê e conduz a política.

Em contrapartida, ela inovou ao enfatizar a questão da proteção e dos direitos da cidadania, incentivando um novo lugar social para a loucura. A ênfase dada à reinserção e à inclusão social possibilitou o estabelecimento de novo status, positivo, de poder de negociação daquele que um dia foi considerado louco e se tornou, com isso, usuário. Essa mudança foi possível de identificar na própria participação ativa de usuários e familiares nos processos de negociação da reforma psiquiátrica. KINOSHITA (1996, 2016), pela inspiração basagliana, foi o autor que propôs essa ideia de “positivação” do poder contratual do usuário nas propostas de ações de cuidado visando, sobretudo, a autonomia do sujeito. Essa estratégia é fundamental para o processo de desinstitucionalização e desconstrução da suposta necessidade de hospitais psiquiátricos, que se baseia no argumento da necessidade de serviço especializado devido à condição de cronicidade e de dependência do sujeito.

A partir dessa lei e de um conjunto de normativas, em forma de portarias e diretrizes, chegou-se até a proposta atual da RAPS (conforme detalhado na introdução). De crescimento inicialmente tímido e intermitente, os serviços previstos nos pontos de atenção foram paulatinamente se estabelecendo, em cada região, com suas características e dificuldades locais.

De 1989 (ano da intervenção da Casa de Saúde Anchieta) até 2007, foram fechados 45 hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo, com redução de cerca de 10.000 leitos (BARROS e BICHAFF, 2008). Também já se contava com uma rede de cerca de 200 CAPS e 78 RTs, além dos serviços da Atenção Básica. Em 2008, a Secretaria de Estado de Saúde realizou o primeiro censo de moradores dos hospitais psiquiátricos, dando visibilidade para essa população, na época de 6.349 pessoas que residiam em 56 dos 58 hospitais psiquiátricos

em funcionamento, de administração direta ou conveniados pelo poder público (30 unidades de gestão estadual e 28 de gestão municipal). Esse primeiro censo evidenciou que mais de 50% dos leitos do Estado de São Paulo estavam ocupados por moradores e que, com o fechamento dos hospitais sem o planejamento de saída dos moradores, provocou o fenômeno da transinstitucionalização (transferência de morador para outro hospital psiquiátrico) em parcela significativa dessa população. Além disso, mesmo depois da promulgação da Lei 10.216, identificou-se que aproximadamente 25% das internações ocorridas após 2001 geraram pessoas moradoras de hospitais psiquiátricos (BARROS e BICHAFF, 2008).

Apesar da realização do censo e das avaliações contínuas do PNASH, isso não evitou que denúncias de casos de violências e maus-tratos dentro de hospitais psiquiátricos continuassem a acontecer. Uma das mais graves ocorreu no ano de 2012, no Hospital Vera Cruz, situado na região de Sorocaba, na época o maior pólo asilar de leitos em hospitais psiquiátricos. As denúncias começaram por meio das manifestações do Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (FLAMAS) e a publicação de uma reconhecida pesquisa realizada por um de seus integrantes, Marcos Garcia, que identificou, por meio de dados do DATASUS, um aumento expressivo de óbitos nos hospitais psiquiátricos dessa região, em comparação a outros serviços de saúde, incluídos hospitais psiquiátricos de outras regiões (GARCIA, 2012). A essa circunstância somou-se a imprensa que veiculou amplamente a notícia dessa denúncia específica ao Hospital Vera Cruz e chegou a produzir um programa especial sobre o hospital.¹¹⁵

A repercussão foi tão grande que desencadeou a assinatura de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) de Sorocaba,¹¹⁶ por meio do Ministério Público Federal e Estadual, o que promoveu não somente a intervenção nesse serviço e o seu posterior

¹¹⁵ Conferir programa Conexão Repórter: <https://www.youtube.com/watch?v=Kk98vfznRto>.

¹¹⁶ Consultar: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/atuacao-do-mpf/tac-desinstitucionalizacao-de-hospitais-psiquiatricos-2012>

fechamento, mas principalmente a garantia de desinstitucionalização de todos os moradores de hospitais psiquiátricos da região e, porventura, do Estado de São Paulo.

Uma das exigências do TAC era a realização de novo censo de moradores para verificar o que aconteceu com essa população, entre um censo e outro, e organizar melhor o processo de desinstitucionalização. Na segunda edição, observou-se uma redução do número de moradores para 4.439 e grande parte dessa redução aconteceu por óbitos e não por desinstitucionalização. Além do envelhecimento da população e da ampliação dos anos de internação (a maioria vivia nos hospitais por no mínimo 10 anos) confirmou-se a tendência da presença de novos moradores (no critério de tempo de internação de 1 ano ou mais), mesmo depois da reforma psiquiátrica, por motivos similares aos encontrados na população mais antiga (CAYRES e col., 2015). Esses e outros dados do censo reforçam o argumento de que a presença dos hospitais psiquiátricos tende a gerar mais processos de institucionalização.

Apesar desse problema, a condução para o fechamento dos hospitais psiquiátricos e redução de leitos permaneceu presente, em parte por influência do TAC, para propiciar melhores investimentos de leitos em hospitais gerais e nos serviços substitutivos. Entre 2008 e 2018 foram fechadas mais 25 unidades e ocorreu uma redução de cerca de 6.000 leitos, considerando-se que restaram 36 unidades (conferir Anexo 5), com 3 unidades em processo de fechamento (não recebe mais pessoas, contudo, possui alguns moradores para desinstitucionalizar). Desse montante, a maior parte são leitos conveniados em hospitais psiquiátricos filantrópicos de origem espírita.

Em paralelo, instituiu-se a RAPS, com incremento de seus pontos de atenção por meio de melhor cobertura da Atenção Básica, incluindo 529 equipes de NASF, 529 CAPS¹¹⁷ e 334 RTs. O ano de 2018 foi o primeiro em que finalmente o número de óbitos dos moradores de hospitais psiquiátricos diminuiu em comparação ao aumento do número de

¹¹⁷ As quantias são coincidentes.

desinstitucionalizações que aconteceram, com a maioria das pessoas recebendo alta para morar em uma RT. Contudo, cerca de 1400 pessoas seguem institucionalizadas, com um novo contingente populacional que emerge (possivelmente desencadeado por internações decorrentes da denominada dependência química), hoje num cenário de maior escassez tanto do ponto de vista do financiamento quanto na condução mais conservadora e restritiva da política, principalmente no nível federal.

Quando se lê as críticas desse último período, das experiências vividas desde antes da promulgação da lei até os dias atuais, muito se reconhece dos desafios enfrentados hoje pela RAPS. Os itens seguintes irão detalhar como ela está hoje fisicamente constituída para que seja possível estabelecer uma discussão sobre o que se considera o ponto mais frágil da rede, porque um dos mais complexos, a dobra, aqui condensada, da des(institucionalização).

V - RESULTADOS E DISCUSSÃO

1 - A RAPS em dados: afinal, o que nos indicam os números?

Antes de iniciar a análise é preciso fazer algumas ressalvas. Parcela dos dados levantados são baseados em registros e cadastros em sistemas o que pode, em raros momentos, apresentar algum registro inconsistente, desatualizado ou descontextualizado (por exemplo, alguma ínfima diferença para mais ou menos na quantidade de leitos). Porém no conjunto das informações elas são consistentes e confiáveis. Como esse trabalho visa buscar sobretudo pistas, e não a checagem desses dados ou um estudo estatístico, esse fenômeno vai ser considerado como inerente a esse processo.

O volume de dados levantados foi elevado, o que levou à necessidade de apresentar alguns recortes, apesar do interesse de incluir demais informações e enveredar por outros caminhos dos registros, quando eles sinalizavam algo que despertava curiosidade.

Embora se reconheça a importância para a RAPS, temas como taxa de ocupação dos leitos, dias de permanência, óbito nas internações, financiamento da rede, assistência farmacêutica, entre outros, não foram abordados na pesquisa, mas merecem ser aprofundados em outra oportunidade.

Para a discussão dos dados definiu-se quatro grandes dimensões de análise, diretamente relacionadas com os principais pontos de atenção da RAPS e onde observou-se possíveis nós críticos em seu desenho regional. Esses eixos foram denominados como:

- 1) Atenção Básica: fragilidades locais invisíveis
- 2) Atenção Estratégica: os CAPS em questão
- 3) Complexidade em alta: as internações em psiquiatria
- 4) Residências terapêuticas na (Des)institucionalização

Cabe apontar que a análise segue como norte os princípios concebidos idealmente para o SUS (que visa a universalidade, a equidade e a integralidade de suas ações) e a RAPS, independentemente do quanto atualmente eles estão sendo revistos e colocados em discussão.

1.1 - Atenção Básica: fragilidades invisíveis

A Atenção Básica¹¹⁸ sempre teve papel central no SUS como a base de sustentação de sua estrutura e também foi concebida assim para a RAPS. Praticamente metade dos municípios do Estado de São Paulo (que tem menos de 15.000 habitantes) conta somente com seus recursos, o que reforça o quanto seu papel é fundamental para a rede.

¹¹⁸ Atualmente há uma mudança em curso na estrutura de repasse federal aos municípios, no bloco da Atenção Básica por meio do Programa Previne Brasil, novo modelo de financiamento para o nível primário de atenção. Não é possível prever, nesse momento, os desdobramentos e impactos dessa ação.

Depois dessa consideração, apresenta-se a tabela a seguir que mapeia, por CIR, os dados sobre a presença de equipes de Consultório na Rua, equipes de Atenção Básica em geral, equipes de Estratégia Saúde da Família, equipes de NASF, necessidades de implantação de equipes NASF (considerando o apoio matricial, sua principal função, como estratégia fundamental da RAPS) e as coberturas da Estratégia da Família e da Atenção Básica, de acordo com dados do DATASUS e os parâmetros do Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Tabela 1. Consolidado dos dados sobre a Atenção Básica por CIR - 2018

DRS	RRAS	REGIÃO	População SEADE 2018	Total Municípios	Mun até 15.000 hab	Equipes CRs	Equipes AB geral dez 2018	Equipes NASF dez2018	NASF necessidade (p/capacid.)	Equipes ESF pond. dez	Cobertura ESF dez 2018	Cobertura AB dez 2018
GRANDE SÃO PAULO	RRAS01	Grande ABC	2.664.981	7	0	3	498	48	7	349	43,73%	54,47%
	RRAS02	Alto do Tietê	2.914.925	11	0	2	299	17	16	217	25,30%	44,04%
	RRAS03	Franco da Rocha	586.110	5	0	0	64	3	4	51	29,88%	46,39%
	RRAS04	Mananciais	1.108.269	8	0	1	163	4	14	82	25,20%	47,36%
	RRAS05	Rota dos Bandeirantes	1.828.563	7	0	1	206	0	23	62	11,48%	41,67%
	RRAS06	São Paulo	11.753.659	1	0	15	1.560	107	66	1.211	34,50%	60,95%
B. SANTISTA REGISTRO	RRAS07	Baixada Santista	1.798.230	9	0	4	350	18	21	249	46,98%	63,37%
		Vale do Ribeira	277.179	15	6	0	109	8	4	85	90,89%	59,14%
SOROCABA	RRAS08	Itapetininga	486.733	13	5	1	100	11		72	48,19%	71,07%
		Itapeva	277.443	15	8	0	86	5	5	58	63,70%	70,06%
		Sorocaba	1.654.113	20	2	1	180	3	17	133	27,04%	54,02%
BAURU	RRAS09	Bauru	621.740	18	12	1	97	7	4	65	33,33%	59,14%
		Jau	342.544	12	6	0	48	2	3	37	35,90%	54,03%
		Lins	162.963	8	5	0	36	3	1	18	35,70%	60,45%
		Polo Cuesta	301.222	13	8	0	59	3	4	39	42,93%	66,32%
		Vale do Juruimirim	290.492	17	10	0	76	2	6	54	60,92%	81,78%
		Adamantina	129.364	10	7	0	43	4	1	30	69,52%	81,18%
MARÍLIA	RRAS 10	Assis	245.533	13	9	0	49	3	2	37	50,79%	67,04%
		Marília	375.194	19	16	0	123	15		90	70,57%	74,77%
		Ourinhos	227.426	12	10	0	36	0	4	26	37,15%	65,12%
		Tupã	124.027	8	6	0	31	1	2	28	72,23%	86,79%
PRESIDENTE PRUDENTE	RRAS 11	Alta Paulista	129.604	12	9	0	45	6		33	70,43%	93,36%
		Alta Sorocabana	397.022	19	13	0	105	15		85	62,72%	73,53%
		Alto Capivari	57.733	5	4	0	19	3		16	88,25%	97,81%
		Extremo Oeste Paulista	94.102	5	3	0	35	4		25	74,81%	92,33%
		Pontal do Paranapanema	67.964	4	1	0	33	2	2	28	100,00%	100,00%
ARAÇATUBA		Central do DRS II	290.724	11	8	0	90	11		63	69,90%	80,36%
		Consortios do DRS II	268.369	17	14	0	77	15		59	68,99%	79,82%
		Lagos do DRS II	196.681	12	7	0	82	11		57	82,61%	91,36%
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	RRAS 12	Catanduva	304.677	19	16	1	103	16		63	63,93%	84,46%
		Jales	100.205	13	12	0	57	12		30	82,75%	87,69%
		José Bonifácio	99.314	16	15	0	44	14		19	56,30%	73,99%
		Fernandópolis	112.230	11	9	0	25	1	2	41	97,14%	97,39%
		Santa Fé do Sul	45.421	6	5	0	21	6		15	98,41%	98,41%
		São José do Rio Preto	698.625	20	13	2	157	15	2	112	50,68%	65,82%
		Votuporanga	192.151	17	16	0	74	12		50	78,63%	91,70%
ARARAQUARA		Central do DRS III	307.696	8	6	0	74	8		46	48,37%	65,98%
		Centro Oeste do DRS III	140.077	5	1	0	18	4		13	31,10%	54,64%
		Coração do DRS III	379.870	6	2	1	77	3	6	49	42,86%	64,25%
		Norte do DRS III	150.750	5	3	0	42	2	3	29	58,09%	80,34%
BARRETOS		Norte-Barretos	279.690	10	5	0	52	6		40	47,49%	68,04%
		Sul-Barretos	142.711	8	5	0	38	4		34	76,81%	76,81%
FRANCA		Alta Anhanguera	157.117	6	2	0	49	4	1	31	65,46%	78,97%
		Alta Mogiana	120.698	6	2	0	35	5		26	70,96%	86,22%
RIBEIRÃO PRETO		Três Colinas	409.706	10	8	1	44	7		35	27,21%	36,87%
		Aquífero Guarani	887.827	10	4	2	107	2	10	66	25,11%	55,39%
		Horizonte Verde	427.071	9	1	0	50	2	4	32	25,03%	57,61%
		Vale Das Cachoeiras	134.854	7	3	0	42	4	1	30	69,61%	76,63%
PIRACICABA	RRAS 14	Araras	332.036	5	1	0	52	2	4	44	44,50%	53,22%
		Limeira	358.839	4	0	0	61	5	2	50	46,94%	51,05%
		Piracicaba	568.061	11	5	1	81	1	8	64	37,77%	56,89%
		Rio Claro	256.371	6	3	0	31	1	2	26	34,20%	52,81%
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	RRAS 15	Baixa Mogiana	317.849	4	1	0	59	0	7	38	40,13%	45,64%
		Mantiqueira	274.433	8	2	0	62	2	5	51	62,18%	79,83%
		Rio Pardo	210.752	8	4	0	45	5		29	44,97%	58,65%
		Circuito das Águas	129.549	5	2	0	39	4		33	82,07%	90,42%
CAMPINAS	RRAS 16	Reg. Metrop. Campinas	3.103.552	19	2	2	467	16	36	292	31,94%	51,86%
		Bragança	452.906	11	5	0	66	6	1	51	37,93%	55,55%
		Jundiaí	778.691	7	0	1	77	6	3	51	22,19%	62,87%
TAUBATÉ	RRAS 17	Alto Vale do Paraíba	1.061.833	8	4	1	151	8	9	103	32,60%	59,85%
		Circuito da Fé - V. Histórico	467.487	17	10	0	93	9	1	78	53,04%	70,43%
		Litoral Norte	317.121	4	0	0	88	3	7	82	86,11%	91,63%
		V. Paraíba - Reg. Serrana	600.080	10	6	1	92	3	7	77	41,91%	64,96%
	17 DRS	63 RAPS	43.993.159	645	342	42	7.272	529	326	1.972	38,65%	59,67%

Fonte: DATASUS

Um dos dados que primeiramente chama a atenção é que, apesar de seu papel central, há muitas desigualdades nas coberturas da ESF e da AB nas regiões, com percentuais significativamente baixos em parte delas. Acrescenta-se que esses dados costumam diferir ainda mais no nível dos municípios.¹¹⁹ Considerando-se como referência a cobertura de 50%, destacam-se algumas redes regionais como as RRAS 02 (Alto Tietê), RRAS 03 (Franco da Rocha), RRAS 04 (Mananciais), RRAS 05 (Rota dos Bandeirantes) em ambas coberturas e as RRAS 06 (São Paulo), RRAS 09 (Bauru), RRAS 14 (Piracicaba), e RRAS 16 (Bragança e Jundiaí) e parcela das regiões da RRAS 13 (Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto) e da RRAS 15 (Baixa Mogiana, Mantiqueira, Rio Pardo, Circuito das Águas e Região Metropolitana de Campinas), com cobertura menor que 50% na ESF, com alguns lugares abaixo de 30%.

É importante fazer uma ressalva em relação às RRAS que envolvem a Região Metropolitana de São Paulo (incluindo o município de São Paulo) que apresenta desafios maiores quanto a atingir uma alta cobertura desses serviços devido à grande densidade populacional no território, muito embora, no caso de Rota dos Bandeirantes, essa fragilidade parece estar mais acentuada (somente 11,48% de cobertura de ESF).

Outro dado importante foi observar a baixa presença de equipes de NASF¹²⁰ no território. Nas discussões com o GCE, essa informação causou certa perplexidade, pois como não há exigência de porte populacional e não envolve a construção de unidade física para incorporar esse tipo de equipe, seria esperado um número maior do que o apresentado. Do ponto de vista da RAPS, esse dado gera certa preocupação, pois essas equipes poderiam

¹¹⁹ Devido ao volume de informações e para facilitar as análises, os dados municipais não foram disponibilizados no corpo do estudo, mas está armazenado em banco de dados para consulta. Também é possível resgatar essas informações nos sistemas públicos consultados.

¹²⁰ Formalizados em 2008, os NASF consistem em equipes multiprofissionais que oferecem apoio matricial às equipes da ESF e a Atenção Básica em geral, no intuito de melhorar a resolutividade e abrangência nas ações de saúde. Adotam conceitos como os de integralidade do cuidado e de clínica ampliada para apoio na análise e intervenção junto aos problemas e necessidades locais de saúde. Utilizam como recursos: discussão de casos (ampliada), atendimento conjunto / compartilhado, apoio na elaboração de projetos terapêuticos, ações intersetoriais, de promoção da saúde e educação permanente. A equipe também realiza alguns atendimentos na assistência.

apoiar matricialmente a atenção básica nas ações de saúde mental, facilitando o trabalho em rede.

Considerando-se como referência uma equipe de NASF para cada nove da Atenção Básica (das que já existem, mesmo nas situações de baixa cobertura), seria possível ampliar essas equipes. Mas com as mudanças atuais na política talvez essa possibilidade não se configure como uma prioridade local e/ou regional. Excetuando-se as RRAS 11 (Presidente Prudente) e 12 (Araçatuba e São José do Rio Preto), as demais poderiam implantar ou ampliar equipes de NASF. Em algumas regiões não existe a presença de uma única equipe NASF, como em Rota dos Bandeirantes, Ourinhos e Baixa Mogiana. Em outros casos o número de equipes é menor do que se necessitaria como em Alto Tietê, Mananciais, Sorocaba, Baixada Santista, Polo Cuesta, Vale do Jurumim, Coração do DRS III, Aquífero Guarani, Araras, Piracicaba, Mantiqueira, Região Metropolitana de Campinas, Litoral Norte, Vale do Paraíba (R. Serrana)..

Por fim, aponta-se o número relativamente baixo (N=42) de Consultórios na Rua,¹²¹ pouco mais da metade concentrada na Região Metropolitana de São Paulo (devido às características da região), sendo somente o município de São Paulo com 15 unidades. A julgar pela sua importância nos cuidados em saúde direcionados à população vulnerável, sobretudo a que está na rua, é um número pequeno para o Estado. Como existe a pasta da Assistência Social (que não necessariamente oferece cuidado em saúde) e talvez dificuldades locais para a organização desse cuidado, é possível que essa estratégia seja menos utilizada, na expectativa de que necessidades dessa natureza sejam absorvidas por esse setor.

¹²¹ Os Consultórios na Rua foram planejados como recurso assistencial direcionado à população em situação de rua. Em princípio são destinados aos municípios com população a partir de 300.000 habitantes (porque é fenômeno mais frequente em cidades de grande porte), contudo quando se identifica a presença desse perfil em municípios menores também é possível abrir esse tipo de serviço. Há 24 municípios no Estado de São Paulo com esse porte, sendo 10 pertencentes à Região Metropolitana de São Paulo, mas possivelmente existem outros municípios de menor porte com esse perfil de população. É recomendado que se realizem censos e estimativas populacionais para encaminhar essa informação e pleitear o serviço. Contudo, muitas cidades tem dificuldades para a realização desse mapeamento (Conferir a publicação do Instituto de Pesquisa Econômicas Aplicadas – IPEA, de Natalino (2016)). Geralmente se utiliza como referência 1 CR a cada 80 até 1.000 pessoas que se encontram em situação de rua com equipe que trata problemas de saúde em geral, inclusive os de saúde mental.

A tabela abaixo aponta o ritmo de crescimento de equipes de NASF no Estado de São Paulo por RRAS, de 2008 a 2018, que foi ascendente apesar de algumas lacunas temporais e um número pequeno de equipes. As RRAS 05 (Rota dos Bandeirantes), RRAS 09 (Bauru), RRAS 10 (Marília) e RRAS 12 (Araçatuba e São José do Rio Preto) foram as redes regionais que, até 2018, ou não possuíam ou tinham equipes NASF em quantia menor do que o total de número de municípios com menos de 15.000 habitantes. Se existissem mais equipes nessas localidades, poderia ser uma boa retaguarda para esses territórios.

Tabela 2. Total de NASF implantado por RRAS do Estado de São Paulo, biênio 2008 a 2018

DRS	RRAS	População IBGE 2018	Total Municípios	Mun até 15.000 hab	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Grande São Paulo	RRAS 01 Gde ABC	2.664.981	7	0	6	13	29	52	53	48
	RRAS 02 Alto Tiete	2.914.925	11	0	0	6	6	11	10	17
	RRAS 03 F Rocha	586.110	5	0	0	0	0	0	1	3
	RRAS 04 Mananc	1.108.269	8	0	0	0	2	3	3	4
	RRAS 05 R. Band	1.828.563	7	0	0	0	0	0	0	0
	RRAS 06 S Paulo	11.753.659	1	0	0	64	63	77	100	107
B. Santista, Registro	RRAS 07	2.075.409	24	6	1	4	8	9	14	26
Sorocaba	RRAS 08	2.418.289	48	15	0	1	2	5	10	19
Bauru	RRAS 09	1.718.961	68	41	1	3	4	6	11	17
Marília	RRAS 10	1.101.544	62	48	0	5	5	9	15	23
Presidente Prudente	RRAS 11	746.425	45	30	0	3	3	11	16	30
Araçatuba, SJ Rio Preto	RRAS 12	2.308.397	142	115	0	10	18	54	73	113
Araraquara, Barretos, Franca, Rib Preto	RRAS 13	3.538.067	90	42	0	4	6	30	40	51
Piracicaba	RRAS 14	1.515.307	26	9	0	0	1	6	9	9
SJ Boa Vista, Campinas	RRAS 15	4.036.135	44	11	5	7	9	14	19	27
Campinas	RRAS 16	1.231.597	18	5	1	2	3	3	9	12
Taubaté	RRAS 17	2.446.521	39	20	3	7	6	11	17	23
Total		43.993.159	645	342	17	129	165	301	400	529

Fonte: DATASUS - CNES

Esses dados podem levar à suposição, factível, de que numa Atenção Básica mais fragilizada do ponto de vista da presença das modalidades dos serviços levantados, é grande as chances de situações de crise em saúde mental acontecerem sem algum tipo de retaguarda para acolhê-las. Mas, isso não significa que seria necessário, para tanto, uma retaguarda ambulatorial e hospitalar especializada, de prontidão, para assistir essas situações. Ao contrário, o interessante seria investir nessa base para que ela pudesse acolher melhor, antes que se chegasse à situação de crise. E, em situação de crise, saber a quem recorrer, idealmente a um Hospital Geral de referência, a fim do paciente poder retornar brevemente à sua comunidade, como possivelmente já acontece em algumas regiões.

Importante lembrar que essa fragilidade afeta a Atenção Básica como um todo e não exclusivamente a saúde mental, uma vez que outros quadros de saúde também podem se complicar, entrar em situação de crise, gerando dificuldades similares nessa condição. E não existem hospitais especializados para cada uma dessas diferentes condições. É importante enfatizar isso porque há um aspecto bem cultural da procura por hospitais para quaisquer tipos de problema de saúde, e não somente os relacionados à necessidade de uma atenção de média a alta complexidade. Isso é conhecido nos corredores da gestão dos serviços e possível de observar em diversos trabalhos acadêmicos disponíveis nas plataformas de pesquisa que falam sobre a classificação por risco nos hospitais. Esses estudos indicam percentuais altos para casos leves (verdes e azuis) que não são considerados moderados, graves ou de emergência (amarelo, laranja e vermelho), e poderiam procurar e utilizar os serviços da Atenção Básica. Esse é um ônus presente, que não está relacionado à saúde mental e se refere ao modelo hospitalocêntrico ainda culturalmente arraigado na sociedade.

Outro fator necessário a se considerar é a forma como os municípios encontram-se sobrecarregados com o financiamento da saúde em geral, que tem comprometido perto de 30% dos recursos das prefeituras, além de outros problemas em termos de dívidas e queda de

arrecadação local. O SUS apresenta dificuldades decorrentes de subfinanciamento desde o seu nascimento (inclusive pela histórica falta de apoio financeiro por parte do Estado) e em momentos de crise essa situação tende a piorar. Falar em ampliação de rede, no caso da Atenção Básica, nesse contexto é complicado. O discurso do Ministério da Saúde atualmente, com o Previnha Brasil (em 2019), é o de minimizar essa sobrecarga municipal, mas será preciso estudar na prática, de forma longitudinal, quais serão os impactos dessas mudanças do ponto de vista dos recursos e também da melhoria da rede.

Os PARs na maioria das vezes apresentam a capacidade instalada dos serviços e quais seriam as necessidades locais, mas problematizam pouco temas relacionados à Atenção Básica. No GCE esta é uma queixa recorrente, principalmente dos representantes municipais. Há disposição em criar e acompanhar indicadores relacionados à saúde mental na Atenção Básica, oferecer alguma estratégia de suporte em nível local (por meio de encontros para troca de experiências e educação permanente), além de solicitar melhor apoio, inclusive financeiro, por parte do Estado.

1.2 - Atenção Estratégica: CAPS em ação

Os CAPS, de todos os equipamentos previstos pela RAPS, foram dos que mantiveram um crescente ritmo de implantação e capilaridade, ao menos até meados de 2016.¹²² Talvez porque seja considerado, dos pontos de atenção, um dos mais estratégicos para se evitar internações prolongadas e desnecessárias e efetivamente substituir, em outros moldes, o hospital psiquiátrico:

¹²² Houve uma indução política importante por parte do Ministério da Saúde (inicialmente como remuneração extra-teto e com alguns incentivos na incorporação ao teto municipal), o que também gerou interesse inicial por parte dos municípios. Contudo, atualmente o valor do repasse pago é menor do que os municípios gastam no conjunto dos custos totais de um CAPS. Conferir dados apresentados pelo COSEMS no link: http://www.cosemss.org.br/wp-content/uploads/2019/08/Sa%C3%BAde-Mental_CRR_20_08.pdf

Tabela 3. Total de CAPS implantado por RRAS do Estado de São Paulo, biênio 2008 a 2018

DRS	RRAS	População IBGE 2018	Total Municípios	Mun até 15.000 hab	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Grande São Paulo	RRAS 01 Gde ABC	2.664.981	7	0	18	21	23	26	27	28
	RRAS 02 Alto Tiete	2.914.925	11	0	5	9	12	14	15	16
	RRAS 03 F Rocha	586.110	5	0	2	2	3	6	7	10
	RRAS 04 Mananc	1.108.269	8	0	8	8	12	12	12	13
	RRAS 05 R. Band	1.828.563	7	0	12	13	13	16	16	16
	RRAS 06 S Paulo	11.753.659	1	0	42	54	81	83	83	93
B. Santista, Registro	RRAS 07	2.075.409	24	6	19	21	26	27	28	35
Sorocaba	RRAS 08	2.418.289	48	15	20	20	24	31	38	41
Bauru	RRAS 09	1.718.961	68	41	13	13	16	19	22	29
Marília	RRAS 10	1.101.544	62	48	11	12	15	16	21	24
Presidente Progente	RRAS 11	746.425	45	30	6	7	8	10	11	14
Araçatuba, SJ Rio Preto	RRAS 12	2.308.397	142	115	9	13	15	24	27	33
Araraquara, Barretos, Franca, Rib Preto	RRAS 13	3.538.067	90	42	16	21	27	32	40	43
Piracicaba	RRAS 14	1.515.307	26	9	10	10	15	17	22	26
SJ Boa Vista, Campinas	RRAS 15	4.036.135	44	11	38	43	51	57	66	67
Campinas	RRAS 16	1.231.597	18	5	8	8	10	12	12	13
Taubaté	RRAS 17	2.446.521	39	20	17	18	24	24	27	28
Total		20.856.507	645	342	254	293	375	426	474	529

Fonte: DATASUS - CNES

No cerne de sua concepção o CAPS também é estratégico, sobretudo, por propor uma ação terapêutica que deve envolver o poder contratual do usuário com sua participação ativa na elaboração de seu projeto terapêutico e de vida (KINOSHITA, 1996). A internação, nessa interpretação, é uma precarização da vida a ser abandonada, por isso o hospital psiquiátrico deve ser superado e deixou de ser referido como ponto de atenção na primeira portaria da RAPS (3.088/2011), sendo considerado retrocesso a sua inserção nas mudanças feitas pela Portaria 3.588, em 2017.

Quanto à sua distribuição pelo Estado, as diferenças regionais também estão presentes nesses casos, com algumas lacunas, dependendo da RRAS:

Tabela 4. CAPS (modalidades, necessidades) por RRAS/CIR do Estado de São Paulo, 2018

RRAS / DRS	CIR	População SEADE 2018	Tx Matriciamento	CAPS I (15.000 hab ou +)	CAPS II (70.000 hab ou +)	CAPS III (150.000 hab ou +)	CAPS i (70.000 hab ou +)	CAPS AD (70.000 hab ou +)	CAPSADIII (150.000 hab ou +)	CAPS Qtde.	CAPS necessidade
RRAS01 (DRS I)	Grande ABC	2.664.981	59,3%	1	2	12	6	3	4	28	1
RRAS02 (DRS I)	Alto do Tietê	2.914.925	58,3%	2	8	1	2	3		16	14
RRAS03 (DRS I)	Franco da Rocha	586.110	75,0%	2	3		2	3		10	3
RRAS04 (DRS I)	Mananciais	1.108.269	40,0%	3	3		3	4		13	2
RRAS05 (DRS I)	Rota dos Bandeirantes	1.828.563	7,1%		6		5	5		16	3
RRAS06 (DRS I)	São Paulo	11.753.659	78,5%	2	21	11	30	17	13	94	
RRAS07 (B. Santista, Registro)	Baixada Santista	1.798.230	47,6%	2	7	7	7	6		29	2
	Vale do Ribeira	277.179	33,3%	5						6	3
RRAS08 (Sorocaba)	Itapetininga	486.733	25,0%	4	3		1	1		9	3
	Itapeva	277.443	0,0%	3	2					5	4
	Sorocaba	1.654.113	50,0%	6	8	3	5	2	2	26	9
RRAS09 (Bauru)	Bauru	621.740	16,7%	8			2	1		11	1
	Jau	342.544	0,0%	5				1		6	3
	Lins	162.963	25,0%	3			1	1		5	
	Polo Cuesta	301.222	75,0%	2	1			1		4	4
	Vale do Jurumirim	290.492	0,0%	2	1					3	6
RRAS 10 (Marília)	Adamantina	129.364	0,0%	5						5	
	Assis	245.533	20,0%	4	1		1			6	2
	Marília	375.194	0,0%	2	1		1	2		6	
	Ourinhos	227.426	50,0%	4	1			1		6	1
	Tupã	124.027	0,0%		1					1	1
RRAS 11 (Presidente Prudente)	Alta Paulista	129.604	0,0%	1				1		2	1
	Alta Sorocabana	397.022	16,7%	3	1	1	1	1	1	8	3
	Alto Capivari	57.733	100,0%	2				1		3	
	Extremo Oeste Paulista	94.102	100,0%	2						2	
	Pontal do Paranapanema	67.964	0,0%							0	3
RRAS 12 (Araçatuba, São José do Rio Preto)	Central do DRS II	290.724	33,3%	2		1	1	1		5	
	Consorcios do DRS II	268.369	66,7%	1	1			1		3	3
	Lagos do DRS II	196.681	0,0%	2				1		3	3
	Catanduva	304.677	100,0%	2	1			1		4	2
	Jales	100.205	0,0%	1						2	
	José Bonifácio	99.314	0,0%							1	
	Fernandópolis	112.230	50,0%		1			1		0	2
	Santa Fé do Sul	45.421	0,0%	1						1	
	São José do Rio Preto	698.625	80,0%	6	1		3	1	1	12	1
RRAS 13 (Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto)	Votuporanga	192.151	50,0%		1			1		2	1
	Central do DRS III	307.696	100,0%	1	1			1		3	1
	Centro Oeste do DRS III	140.077	0,0%	1	1			1		3	1
	Coração do DRS III	379.870	33,3%	2	1		1	1		5	1
	Norte do DRS III	150.750	33,3%		2		1	1		4	1
	Norte-Barretos	279.690	50,0%	2		1				3	4
	Sul-Barretos	142.711	0,0%			1	1			2	3
	Alta Anhanguera	157.117	0,0%	4			1			5	
	Alta Mogiana	120.698	0,0%	3						3	1
	Três Colinas	409.706	0,0%					1		1	3
	Aquífero Guarani	887.827	60,0%	1	3	1	2	1		8	3
RRAS 14 (Piracicaba)	Horizonte Verde	427.071	33,3%	3	1			1		5	7
	Vale Das Cachoeiras	134.854	100,0%	1						1	3
	Araras	332.036	37,5%	2	2		2	3		9	1
	Limeira	358.839	33,3%	3	1		1	1		5	1
	Piracicaba	568.061	50,0%	3	2		1	1		7	2
RRAS 15 (São João da Boa Vista, Campinas)	Rio Claro	256.371	50,0%	1		1	1	1		4	1
	Baixa Mogiana	317.849	33,3%		3			3		6	2
	Mantiqueira	274.433	33,3%	2	1		1	2		6	3
	Rio Pardo	210.752	14,3%	3	2	1	1		1	8	1
	Circuito das Águas	129.549	0,0%	2	1			1		4	
RRAS 16 (Campinas - Bragança, Jundiá)	Reg. Metrop. Campinas	3.103.552	55,9%	12	6	6	10	6	3	43	7
	Bragança	452.906	0,0%	1	2			1		4	7
RRAS 17 (Taubaté)	Jundiá	778.691	57,1%	3	2	1	2		1	9	4
	Alto Vale do Paraíba	1.061.833	60,0%	1	4		3	2	1	11	1
	Circuito da Fé - V. Histórico	467.487	0,0%	5	1					6	7
	Litoral Norte	317.121	0,0%	3	1			1		5	5
	V. Paraíba - Reg. Serrana	600.080	60,0%	1	2		1	2		6	2
17 DRS	63 RAPS	43.993.159	47,8%	148	114	48	100	92	27	529	153

Fonte: Datasus

Em relação às necessidades de CAPS por região, foi realizado levantamento dos municípios que não possuem CAPS e aqueles que podem implantar em mais alguma modalidade (por exemplo, CAPSi e CAPSAD), por ter porte populacional adequado. Algumas RRAS apresentam possibilidades de implantação de novos CAPS como a RRAS 02 (Alto Tietê) com mais 14 unidades, RRAS 08 (Sorocaba) com 14 unidades, RRAS 09 (Bauru) com 14 unidades, as RRAS 13 (Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto) com 28 unidades, RRAS 15 (Baixa Mogiana, Mantiqueira, Rio Pardo, Circuito das Águas e Região Metropolitana de Campinas) com 13 unidades, RRAS 16 (Campinas - Bragança e Jundiaí) com 11 unidades e RRAS 17 com 15 unidades. Importante sinalizar que as CIRs de Pontal de Paranapanema e Fernandópolis não possuem CAPSs na região.

Apesar da indicação dessas necessidades, nos dois últimos anos, o nível federal tem incentivado menos esses serviços (inclusive chegou a indicar a implantação de AMENT no lugar, em alguns pedidos feitos no SAIPS) e aumentado as exigências nos critérios de habilitação, além da ameaça de suspensão de pagamento de parte das unidades, com a alegação de pendências (falta de produtividade, de equipe mínima), sem buscar alguma comunicação e apoio para esclarecer os problemas de forma mais solidária junto aos municípios. Essa posição ministerial e também a falta de alguma contrapartida de recursos por parte do nível estadual tem desanimado os municípios para novos pedidos, o que em longo prazo pode se traduzir num arrefecimento no ritmo de ampliação de uma rede em construção.

Nesses embates entre entes federados, um dos argumentos utilizados para apontar problemas na RAPS foi a taxa baixa do matriciamento¹²³ (um dos indicadores do Sistema de Pactuação de Indicadores - SISPACTO), incluída na tabela 4, que deveria ser feito pelos

¹²³ Trata-se de único indicador incluído no SISPACTO em Saúde Mental, definido por Resolução CIT (08/2016). Ela estabelece rol de 23 indicadores, para pactuação de metas anuais em estados, municípios e regiões de saúde, período de 2017-2021. O indicador de matriciamento é aplicado aos CAPS habilitados e pretende auferir a integração entre Atenção Básica e Saúde Mental, visto a necessidade de integração entre os pontos da rede. (SES/SP, 2018)

CAPS.¹²⁴ Esse objeto de crítica de representantes ministeriais pode ter servido para justificar inclusive essa proposta de inserção de serviço ambulatorial intermediário à Atenção Básica e CAPS, sem fazer referências aos NASFs que, em princípio também teria essa função de intermediário (contudo, não ambulatorial), na saúde mental.

Por esse e outros fatores talvez a produção desse indicador mereça mais atenção e cuidado. O Estado de São Paulo tem taxas melhores do que a exemplificada por essas críticas, contudo também é baixa e bastante desigual como a tabela aponta. Ela até pode expressar de fato falta de apoio matricial na rede, mas não se deve também desconsiderar a falta de orientação e as dificuldades técnicas da inserção desse registro nas bases de informações.

Aliás, esse é provavelmente o principal nó a respeito da crítica da falta de produtividade das unidades, em particular, dos CAPS. Muitas unidades têm dificuldades físicas (falta de computador, por exemplo) e de capacidade técnica para a realização dos registros exigidos e, pela falta de acesso a equipamentos ou orientação da forma como deveria registrar os dados, a unidade deixa de inserir a informação de produção. Não quer dizer que estejam irregulares ou sem funcionamento. Isso para o caso das unidades habilitadas (são 394 serviços), porque os CAPS não habilitados não possuem acesso ao sistema e não conseguem informar sua produção nos sistemas SUS.

Quanto à informação da produção, vale a pena se debruçar mais nessa possibilidade também sem tanta crítica por parte de muitos técnicos e até acadêmicos que entram num embate sobre esse tema do registro da produtividade. Porque há a dificuldade de seu registro e uso de um lado, mas também existe uma recusa de outro (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006). Aponta-se o interesse mercadológico da produtividade dos dados e do risco da pressão dessa produção interferir na qualidade do trabalho clínico. Essa posição

¹²⁴ Para acessar essas críticas, consulte no youtube palestras do II Encontro Nacional de Hospitais Psiquiátricos Filantrópicos, realizado em São Paulo (SP), em que se fala da importância dos “Hospitais Psiquiátricos na Nova Política de Saúde Mental” e se versa a respeito desse indicador. (Conferir em: <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/outubro/participacao-de-hospitais-psiquiatricos-no-tratamento-de-dependentes-e-debatida-por-ministerio-da-cidadania>).

corroborar a uma espécie de negação da norma, das regularidades que atravessam constantemente a existência humana e que nunca se escapa de verdade, principalmente no âmbito técnico-institucional. Nem a loucura, talvez a maior insurgente dessa sina. Essa negação, numa sustentação discursiva de que há produções mais autênticas frente ao trabalho computável e massificado, por vezes é também posição purista, que gera suas contradições e ambivalências. Essas questões estão muito presentes nos embates técnicos e na gestão.

Quando se busca criticar um dado contexto ou marcar alguma posição, essa postura é válida, contudo é prudente não paralisar ou inviabilizar o uso também desses recursos. Como Foucault tão bem indica na dobra saber-poder, o registro é uma estratégia disciplinar e, portanto, mecanismo de poder. Na disputa de projetos e de modelos, eles são utilizados como as tais evidências, independentemente do quanto de fato são científicas ou não. Afinal, dados também são manipuláveis e dependentes de interpretação. E se tem deparado com muitas “torções discursivas” com o uso de dados. As *fakes news* tão comuns nesses tempos atuais e muito utilizadas no plano político são bons exemplos disso, de uma “meia-verdade” manipulada.

Por isso que talvez seja interessante e importante, em termos de sustentabilidade, se aprofundar as informações que podem auxiliar na defesa de uma proposta ou modelo (no caso, da atenção psicossocial), mesmo que numa lógica mais binária ou quantitativa. Os indicadores oferecem, afinal, visibilidade. Se a RAPS está inserida num sistema que gera produção de dados, no jogo das (in)visibilidades ou se aprende a se preservar nessa estrutura ou corre-se o risco da exclusão, talvez até extinção. Foi o que aconteceu com uma dada decisão ministerial, que numa portaria (posteriormente revogada), excluía os serviços “não-produtivos”. Essa decisão somente foi revista depois do tensionamento advindo das entidades de representação dos estados e municípios, como o Conselho Nacional de Secretários de

Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e os COSEMSs.

Do ponto de vista dos CAPS é possível levantar dados de produção por meio de um grupo de procedimentos SUS. As tabelas seguintes apresentam essas informações, via sistema de produção ambulatorial (SIA/SUS):

Tabela 5. Produção CAPS (SIA – RAAS Atenção Psicossocial, BPA/I e BPA/C do Estado de São Paulo, de 2014 a 2018 (biênio)

Procedimentos RAAS - PRODUÇÃO CAPS	Ano 2014	Ano 2016	Ano 2018
RAAS - ATENDIMENTO INDIVIDUAL CAPS	1.337.826	1.771.307	1.905.127
RAAS - ATENDIMENTO EM GRUPO CAPS	1.003.484	1.051.071	1.036.063
RAAS - ACOLHIMENTO DIURNO CAPS	560.138	652.532	655.980
RAAS - PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS CAPS	293.132	306.854	333.138
RAAS - ATENDIMENTO FAMILIAR CAPS	196.832	223.222	242.103
RAAS - PRÁTICAS CORPORAIS CAPS	194.405	190.578	199.461
RAAS - AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	154.344	272.468	183.938
RAAS - PROMOÇÃO DE CONTRATUALIDADE NO TERRITÓRIO	88.807	159.716	169.675
RAAS - ACOLHIMENTO NOTURNO CAPS	54.319	75.117	79.525
RAAS - ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE	40.479	85.630	119.018
RAAS - ATENDIMENTO DOMICILIAR CAPS	49.574	53.406	49.182
RAAS - ACOLHIMENTO EM TERCEIRO TURNO CAPS	17.793	16.608	19.512
RAAS - ACOMPANHAMENTO PACIENTE RT**	10.430	12.688	14.760
RAAS - ACOMP. ADULTO PACIENTE AD UA	326	352	629
RAAS - ACOMP. CÇ OU ADOLESC PACIENTE AD UA	0	0	65
RAAS - ACOMP. PACIENTE AD CT*	36	44	0
BPA/I - ACOLHIMENTO INICIAL CAPS	71.064	76.717	104.370
BPA/C - AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES	114.360	153.932	139.951
BPA/C - FORTALECIMENTO PROTAGONISMO USUÁRIOS CAPS	41.543	58.155	93.372
BPA/C - AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS	27.516	60.017	124.678
BPA/C - MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA	13.221	20.974	34.181
BPA/C - ACOMPANHAMENTO SRT POR CAPS**	7.617	18.268	22.106
BPA/C - APOIO SERV. RESIDENCIAL TRANSITÓRIO POR CAPS	2.934	5.421	4.488
BPA/C MATRICIAMENTO EQUIPES RUE E HOSPITAIS	1.616	3.224	3.316
Total	4.281.796	5.268.301	5.534.638

Fonte: SIA - Datasus

*Esse registro não teve produção em 2018 e apresentaram números baixos nos anos anteriores. Possivelmente devido à vinculação das CTs pela Assistência Social.

** Apesar de considerado o n.total de CAPS habilitados, o ideal seria computar essa informação pelo total de CAPS com RTs habilitadas. Contudo, para se localizar esse número é necessário pesquisar registro por registro do CNES, inviabilizando tal busca para esse levantamento. Esse esforço deve ser adotado em levantamentos futuros.

Esse quadro apresenta a produção dos CAPS dos anos de 2014 a 2018, considerando os procedimentos destinados à essa produção por meio de três instrumentos de registros: o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), o Boletim de Produção Ambulatorial

Individualizado (BPA/I – somente um registro, de acolhimento inicial) e o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA/C) para ações institucionais, de articulação e sustentação de redes de cuidado, totalizando 24 procedimentos bem diversificados, que expressa as diferentes atividades que são realizadas por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.¹²⁵ Os dados indicam que a produção acompanha mais ou menos o ritmo de expansão dos CAPS (aqui considerados somente as unidades habilitadas que tem permissão para acessar esses sistemas de registros do SUS. Parcela dos CAPS registrados no CNES, estão abertos, em funcionamento, contudo aguardam essa habilitação. Em 2018 eram 115 unidades na última consulta realizada). No intuito de apresentar um exercício inicial que ainda precisará ser aprimorado, foi aplicada uma proposta de cálculo, no caso cada produção anual foi dividida pelo número de CAPS habilitados e novamente dividido por 12 (total de meses no ano) para obtermos uma média dessa produção por unidade.

De modo geral, cada unidade produziu por volta de 1.000 procedimentos/mês com predomínio de atendimento individual, seguido de grupal e acolhimento noturno, contudo, quando abrimos esses dados observamos bastante variação se considerado o tipo de CAPS, a RRAS e Região de Saúde ou até mesmo cada unidade, visto que o levantamento foi realizado por CNES (individual por unidade). Inclusive, essas discrepâncias podem sinalizar para além das diferenças esperadas entre as unidades, também uma dificuldade na compreensão sobre a forma como os procedimentos devem ser computados e até na interpretação do que significa parcela dos mesmos.

Os quadros a seguir apresentam uma maneira de observar alguns agrupamentos desses procedimentos por modalidade de CAPS, a partir de ações consideradas clínicas (os 2 primeiros quadros), específicas (por tipo de ação e CAPS – terceiro e quarto quadros) e ações

¹²⁵ A RAAS computa 1 registro por usuário ingresso no CAPS, o BPA/I computa 1 procedimento individual por CAPS, o BPA/C computa 1 registro com procedimentos coletivos diversos por CAPS.

de comunicação e integração com a rede e a comunidade (quinto e sexto quadro).¹²⁶ Cabe observar que ao levantar os dados de produção por unidade observou-se que das 414 habilitadas, não foram localizadas produções em 20 serviços, motivo pelo qual adotou-se a referência de 394 unidades.

Tabela 6.1 Produção CAPS (RAAS Atenção Psicossocial – Ações clínicas) do Estado de São Paulo, 2018

Produção anual de procedimentos - 2018 Ações clínicas dentro do CAPS (por modalidade de CAPS)	Qtde. de CAPS com produção	RAAS Atendimento Individual (03.01.08.020-8)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)	RAAS Atendimento grupal (03.01.08.021-6)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)	RAAS Acolhimento diurno (03.01.08.019-4)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)	RAAS Práticas expressivas e comunicativas (03.01.08.028-3)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)
CAPS i	70	121.076	144	196.213	234	22.732	27	43.143	51
CAPSAD	71	387.898	455	196.361	230	74.351	87	46.003	54
CAPSADIII	23	305.188	1.106	125.538	455	90.953	330	44.380	161
CAPSI	89	268.066	251	162.249	152	65.694	62	40.579	38
CAPSII	99	359.378	303	232.824	196	225.763	190	114.522	96
CAPSIII	42	455.473	904	104.430	207	176.378	350	44.341	88
Total Geral	394	1.897.079	3.162	1.017.615	1.474	655.871	1.045	332.968	489

Tabela 6.2 Produção CAPS (RAAS Atenção Psicossocial – Ações clínicas) do Estado de São Paulo, 2018

Produção anual de procedimentos - 2018 Ações clínicas dentro do CAPS (por modalidade de CAPS)	Qtde. de CAPS com produção	RAAS práticas corporais (03.01.08.027-5)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)	RAAS Reabilitação Psicossocial (03.01.08.034-8)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)	RAAS Atendimento familiar (03.01.08.022-4)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)	RAAS Atendimento domiciliar (03.01.08.024-0)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)
CAPS i	70	25.347	30	24.965	30	99.876	119	5.367	6
CAPSAD	71	33.281	39	13.254	16	28.069	33	5.049	6
CAPSADIII	23	14.464	52	42.967	156	17.379	63	4.818	17
CAPSI	89	28.394	27	16.012	15	19.881	19	5.301	5
CAPSII	99	63.390	53	47.044	40	45.042	38	14.472	12
CAPSIII	42	34.520	68	39.639	79	31.565	63	14.109	28
Total Geral	394	199.396	270	183.881	334	241.812	334	49.116	75

Fonte: Datasus

Os dados acima indicam que predominam atendimentos individuais (exceto nos CAPSi, do qual o atendimento grupal supera o individual), principalmente nos CAPS AD, ADIII e III, seguido dos atendimentos grupais e de acolhimento diurno (com presença maior

¹²⁶ Como foi construído um banco de dados que apresenta a produção por serviço, é possível extrair outros relatórios e filtros, incluindo o recorte regional, como é uma informação muito detalhada é mais viável disponibilizá-la em arquivo digital.

nos CAPS ADIII e III). As demais ações se distribuem entre si, com número mais elevado nos CAPS II (por ser também a modalidade com maior número de CAPS) e diferença no CAPSi que apresenta um maior número de procedimentos no Atendimento familiar e o CAPS ADIII com práticas expressivas e comunicativas e reabilitação psicossocial.

Tabela 7. Produção CAPS (RAAS Atenção Psicossocial – Ações específicas) do Estado de São Paulo, 2018

Produção anual de procedimentos - 2018 No de CAPS com Ações específicas de retaguarda (por modalidade de CAPS)	Qtde. de CAPS com produção	No CAPS c/ proced. RAAS Terceiro turno (03.01.08.003-8)	No CAPS c/ proced. RAAS Acolhimento noturno (03.01.08.002-0)	No CAPS c/ proced. RAAS Acomp pc RT (03.01.08.004-6)	No CAPS c/ proced. BPA C Acomp. SRT por CAPS (03.01.08.032-1)	No CAPS c/ proced. BPA C Redução de danos (03.01.08.031-3)	No CAPS c/ proced. BPA C Apoio Serviço Residencial Transitorio (03.01.08.033-0)	No CAPS c/ proced. RAAS AD Crack UAA (03.01.08.037-2)	No CAPS c/ proced. RAAS AD Crack UAI (03.01.08.038-0)
CAPS i	70	5	6	0	7	15	3	0	1
CAPSAD	71	7	10	0	4	31	7	3	1
CAPSADIII	23	12	22	0	3	17	6	4	1
CAPSi	89	0	1	16	16	9	5	0	0
CAPSII	99	7	5	27	33	10	9	0	0
CAPSI	42	24	36	15	26	14	9	0	0
Total Geral	394	55	80	58	89	96	39	7	3

Fonte: Datasus

Tabela 8.1 Produção CAPS (RAAS Atenção Psicossocial – Ações específicas) do Estad. São Paulo, 2018

Produção anual de procedimentos - 2018 Ações específicas de retaguarda (por modalidade de CAPS)	RAAS Terceiro turno (03.01.08.003-8)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)	RAAS Acolhimento noturno (03.01.08.002-0)	Procedimento / por total CAPS leito/ 12 meses (mensal por unidade)	RAAS Acomp pc RT (03.01.08.004-6)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)	BPA C Acomp. SRT por CAPS (03.01.08.032-1)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)
CAPS i	189	3	1.258	17	0	0	178	2
CAPSAD	4.065	48	2.969	25	0	0	28	1
CAPSADIII	6.757	47	33.063	125	0	0	92	3
CAPSi	0	0	1	0	2.792	15	3.170	17
CAPSII	2.092	25	2.006	33	5.700	18	7.869	20
CAPSI	6.409	22	40.228	93	3.860	21	10.549	34
Total Geral	19.512	146	79.525	294	12.352	54	21.886	75

Tabela 8.2 Produção CAPS (RAAS Atenção Psicossocial – Ações específicas) do Estado de São Paulo, 2018

Produção anual de procedimentos - 2018 Ações específicas de retaguarda (por modalidade de CAPS)	BPA C Redução de danos (03.01.08.031-3)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)	BPA C Apoio Serviço Residencial Transitório (03.01.08.033-0)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)	RAAS AD Crack UAA (03.01.08.037-2)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)	RAAS AD Crack UAI (03.01.08.038-0)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)
CAPS i	5.661	31	418	12	0	0	47	4
CAPSAD	50.112	135	615	7	340	9	17	1
CAPSADIII	57.592	282	2.036	28	289	6	1	0
CAPSI	4.901	45	283	5	0	0	0	0
CAPSII	4.602	38	906	8	0	0	0	0
CAPSIII	1.770	11	136	1	0	0	0	0
Total Geral	124.638	543	4.394	62	629	15	65	5

Fonte: Datasus

Nessa lista de procedimentos há alguns específicos que somente parcela dos serviços os produzem como, por exemplo, o de acolhimento noturno para os CAPSIII que possuem leitos a essa finalidade ou o de redução de danos para os casos de uso prejudicial de álcool e drogas. Em virtude desse aspecto, o primeiro quadro indica o número de CAPS, por modalidade, que realizou cada um desses procedimentos.

As tabelas seguintes computam as informações a partir desses dados. Assim é possível observar uma produção mais próxima dessas especificidades. O procedimento mais frequente desse grupo é o da redução de danos, o que desperta uma reflexão. Diante de uma tendência de crítica e de desinvestimento dessa prática é interessante observar de um lado que, desses procedimentos, é o mais adotado pelos serviços (praticamente 1/4 deles). E se mantém o registro dessa prática, apesar do desestímulo, reitera-se a importância de sua adoção por provavelmente gerar resultados, visto que as unidades continuam a investir nessa possibilidade. Contudo, tal tendência de desqualificação dessa estratégia também pode inibir a inserção de registros como, por exemplo, algumas unidades e/ou profissionais que adotam a prática, mas a oculta como registro, por receio; ou causar desestímulo na sua prática em parte dos serviços por motivos similares.

O segundo procedimento mais presente desse levantamento é o acolhimento noturno, dado bem interessante por ser uma retaguarda para as situações de crise, que pode até minimizar ou extinguir a necessidade de uma internação psiquiátrica. É uma estratégia bem utilizada pelas unidades que possuem leitos, contudo, nem todas elas parecem adota-la. Utilizam, talvez, somente o recurso do terceiro turno, o procedimento que aparece em seguida como o mais frequente.

O acompanhamento de moradores de RTs também surge com um dado de produção menor, considerando que constavam 280 RTs registradas no CNES (habilitadas) em 132 CAPS, e a produção dos procedimentos indicam 58 CAPS para o acompanhamento da SRT como um todo (BPA C) e média de 75 acompanhamentos mensais para prováveis 2.800 moradores de SRT. Isso pode indicar tanto uma subnotificação no registro dessas informações ou um número de atendimentos menor do que o esperado para esse grupo específico, mas que eventualmente também recebe retaguarda da Atenção Básica, às vezes por meio da ESF.

Por fim, chama a atenção o número reduzido de procedimentos no acompanhamento de usuários que foram encaminhados às CTs (serviço residencial transitório) ou algum outro serviço da Assistência Social ou os que residem provisoriamente numa UA, embora esse último tenha um número muito pequeno de unidades. No caso das CTs, tal dado pode reforçar a hipótese das críticas que se dirigem a esses serviços, sobre eles se manterem apartados da rede, talvez também por resistência de ambas equipes desses serviços.

Tabela 9.1 Produção CAPS (RAAS Atenção Psicossocial – Ações em rede) do Estado de São Paulo, 2018

Produção anual de procedimentos - 2018 Ações de retaguarda com a rede (por modalidade de CAPS)	Qtde. de CAPS com produção	BPA I Acolhimento inicial (03.01.08.023-2)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)	RAAS Atendimento à crise (03.01.08.029-1)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)	BPA C Protagonismo usuário (03.01.08.026-7)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)
CAPS i	70	18.253	22	5.065	6	7.672	9
CAPSAD	71	18.486	22	8.363	10	20.356	24
CAPSADIII	23	17.683	64	35.169	127	19.682	71
CAPSI	89	9.061	8	3.114	3	2.808	3
CAPSII	99	26.586	22	8.915	8	30.970	26
CAPSIII	42	13.103	26	58.373	116	11.431	23
Total Geral	394	103.172	164	118.999	270	92.919	156

Tabela 9.2 Produção CAPS (RAAS Atenção Psicossocial – Ações em rede) do Estado de São Paulo, 2018

Produção anual de procedimentos - 2018 Ações de retaguarda com a rede (por modalidade de CAPS)	Qtde. de CAPS com produção	BPA C Articulação redes intra e inter (03.01.08.025-9)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)	BPA C Matri-ciamento AB (03.01.08.030-5)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)	BPA C Matri-ciamento RUE HOSP (03.01.08.039-9)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)	RAAS Contratualidade no território (03.01.08.035-6)	Procedimento / por total CAPS / 12 meses (mensal por unidade)
CAPS i	70	29.007	35	6.271	7	560	1	17.473	21
CAPSAD	71	29.093	34	6.720	8	410	0	9.751	11
CAPSADIII	23	20.327	74	2.412	9	637	2	81.078	294
CAPSI	89	6.275	6	2.621	2	241	0	11.967	11
CAPSII	99	23.170	20	11.817	10	779	1	27.670	23
CAPSIII	42	31.956	63	4.138	8	663	1	21.715	43
Total Geral	394	139.828	231	33.979	45	3.290	6	169.654	404

Fonte: Datasus

O último bloco, dos procedimentos considerados de apoio a rede, o de contratualidade no território aparece como o mais frequente, contudo, concentra-se nos CAPS ADIII seguido, numa proporção menor, pelos CAPS III. Esse dado talvez possa se relacionar com a presença de encaminhamentos, por exemplo, para internações ou outros serviços como as CTs. Seria interessante investigar melhor esse tipo de registro para compreender como se configuram essas contratualidades.

Em seguida aparecem as ações de articulação com a rede, que são melhor distribuídas entre as modalidades de CAPS, com um pequeno aumento nos CAPS ADIII e III. O Acolhimento inicial, relacionado aos casos que chegam aos CAPSs para uma primeira escuta, também segue um padrão similar, com cerca de 20 registros mensais novos (exceto os CAPS ADIII, com 64 registros e os CAPSI com número menor, de 8 registros). E numa frequência pouco menor, aparece o procedimento protagonismo do usuário, geralmente associado com a organização de participações ativas e assembleias nas unidades, para a discussão conjunta das relações e dos espaços compartilhados.

Já o atendimento em crise, predomina nos CAPS ADIII e III, talvez pelo entendimento de que o turno estendido inclui essa potente estratégia que poderia ser, de alguma forma, também melhor adotada, mesmo com adaptações, aos demais tipos de CAPS.

Por esse levantamento preliminar já se nota o quanto os CAPSs estão produzindo. É impressionante, em termos quantitativos, o que esses serviços têm realizado de ações. Mas também sinaliza alguns desafios: o primeiro deles o de acompanhar e melhorar o registro dessas informações e discutir entre os pares tais categorias de procedimentos. É possível produzir esse tipo de dado em diferentes recortes e dimensões, por categoria, por região, por município e por serviço, o que viabilizaria algum sistema de acompanhamento de dados.

Outro aspecto que enriqueceria a análise de indicadores, como esses da produção ambulatorial, consistiria no uso combinado de informações utilizando dados também qualitativos, dinâmicos e, por vezes, até mais personalizados, em agendas que envolvessem as equipes dos serviços, tal como a proposta apresentada por ONOCKO-CAMPOS e FURTADO (2006), ONOCKO-CAMPOS e col. (2009), entre outras publicações desse grupo de pesquisa.

O GCE também possui a intenção de produzir informações melhores, criar alguns mecanismos de acompanhamento, inclusive para levantar as necessidades locais, e por isso tem estudado a possibilidade de adotar essa estratégia com os CAPS. Também se cogita criar

alguma estratégia de encontros com profissionais da RAPS, talvez por meio de fóruns ou troca de experiências. A SES, com o apoio dos representantes do GCE e do COSEMS, realizou dois grandes encontros com o tema da desinstitucionalização e fortalecimento da RAPS, o último com inscrição de experiências e premiação. Ambos tiveram um número elevado de participantes, o que sinaliza a necessidade de criação de espaços mais permanentes para esses encontros.¹²⁷

Por fim, antes de finalizar esse item, é importante retomar o tema das AMENTs: equipes ambulatoriais intermediárias que foram acrescentadas na RAPS em 2017 para “ganho de escala”¹²⁸ (em termos de número de atendimentos) e diversificar os serviços. Essas equipes não são consenso entre gestores e profissionais, despertam dúvidas sobre seu funcionamento e inspiram certa desconfiança dos trabalhadores de saúde mental apoiadores da reforma psiquiátrica. O Estado de São Paulo já possui ambulatorios em funcionamento, boa parte atualmente geridos por municípios. Além de manter uma grande rede de Ambulatório Médico de Especialidades - AME, de gestão estadual gerenciada por OSSs (o que gera muitas críticas e questionamentos quanto ao seu papel e atuação no âmbito do SUS). Essas AMES não oferecem atendimento psiquiátrico, exceto uma única unidade situada no município de São Paulo, destinada somente à psiquiatria (AME Vila Maria de Psiquiatria).

Até o último levantamento realizado não havia oficialmente AMENTs em funcionamento no Estado de São Paulo (com repasse já garantido pelo Ministério), embora tenham ocorridas solicitações no SAIPS (cerca de 40) e chegado alguns pedidos para análise e aprovação na SES. Observou-se que essas solicitações concentram-se em 2 regiões que possuem hospitais psiquiátricos em seus territórios e em alguns casos o município tem um número muito pequeno de habitantes. O que gera dúvidas se o MS adotará critérios de

¹²⁷ No Estado de São Paulo também são atuantes, do ponto de vista da organização de encontros, os núcleos estaduais do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), entre outras iniciativas que surgem dos trabalhadores e eventualmente da academia.

¹²⁸ Fala de representante do MS (da gestão de 2017 a 2019) que fez defesa da necessidade dessas equipes em uma das raras ocasiões em que participou de uma reunião do GCE.

prioridade nas habilitações. Discutiu-se no GCE se essas solicitações representam certo atravessamento entre os representantes previstos nesse processo: foram observadas, por exemplo, aprovações de equipes sem que as propostas passassem por pactuação e aprovação em CIR e CIB. O GCE, após questionamentos, aguarda posição do MS sobre esses movimentos.

Outro problema que gera preocupação é o quanto esse novo serviço pode ou não concorrer com outros em funcionamento ou em momento de planejamento, principalmente em relação à possibilidade de falta de recursos humanos em determinadas regiões, principalmente de médicos psiquiatras, profissional exigido como parte da maioria dos serviços de saúde mental, principalmente os de maior complexidade.¹²⁹ A tabela a seguir demonstra o quantitativo de psiquiatras trabalhando em serviços SUS, tipos de serviço e estimativa de total de vínculos, por redes regionais no Estado de São Paulo.

Tabela10. Distribuição de Psiquiatras em serviços SUS. Estado de São Paulo, 2019

Distribuição Médicos Psiquiatras	População IBGE 2018	Serviços Atenção Básica (CASF, CS, UBS, Posto, Un. Mista)	Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	Clínica / Ambulatório Especializado	Policlínica / Unid Serviço Apoio Diagnose e Terapia	Hospital-Dia	Hospital Especializado	Hospital Geral	PA / PS Geral / PS Especializado	Outros serviços	Total	Total Psiquiatras CPF único	Total de Vínculos (estimativa L/M)	Psiquiatras por número de habitantes	Razão Psiquiatras SUS por 100.000 habitantes
RRAS01	2.664.981	23	77	11	31	1	8	99	0	1	251	124	2,0	21.492	4,7
RRAS02	2.914.925	16	26	22	0	0	12	89	0	1	166	88	1,9	33.124	3,0
RRAS03	586.110	9	7	10	0	0	14	30	0	1	71	40	1,8	14.653	6,8
RRAS04	1.108.269	82	29	4	1	0	0	14	1	1	132	31	4,3	35.751	2,8
RRAS05	1.828.563	46	37	2	0	0	1	37	20	2	145	71	2,0	25.754	3,9
RRAS06	11.753.659	221	224	96	19	12	410	463	41	13	1.499	665	2,3	17.675	5,7
RRAS07	2.075.409	7	57	16	3	0	0	39	7	1	130	44	3,0	47.168	2,1
RRAS08	2.418.289	32	81	20	15	1	9	42	1	4	205	55	3,7	43.969	2,3
RRAS09	1.718.961	27	46	26	5	0	17	32	2	1	156	59	2,6	29.135	3,4
RRAS10	1.101.544	35	33	13	8	0	19	49	1	3	161	58	2,8	18.992	5,3
RRAS11	746.425	23	18	16	10	0	6	26	1	2	102	26	3,9	28.709	3,5
RRAS12	2.308.397	49	51	38	9	0	26	56	1	1	231	64	3,6	36.069	2,8
RRAS13	3.538.067	40	83	79	23	0	45	72	1	11	354	126	2,8	28.080	3,6
RRAS14	1.515.307	8	39	23	4	0	9	27	0	1	111	31	3,6	48.881	2,0
RRAS15	4.036.135	63	131	38	16	4	50	73	2	15	392	143	2,7	28.225	3,5
RRAS16	1.231.597	25	20	26	6	0	3	16	1	1	98	32	3,1	38.487	2,6
RRAS17	2.446.521	33	73	38	7	1	11	36	12	3	214	57	3,8	42.921	2,3
Total	43.993.159	739	1.032	478	157	19	640	1.200	91	62	4.418	1.714	2,6	25.667	3,9

Fonte: Datasus

¹²⁹ O documento Demografia Médica (2018) detalha bem esse problema da falta de médicos especialistas, com muita disparidade territorial, incluindo concentração dos profissionais em determinadas regiões e em grandes centros urbanos e/ou de formação médica. Essa publicação indica que no ano de 2018 tinham 10.396 psiquiatras no país, com concentração deles na Região Sudeste (53,4%) e Sul (24,1%). Dos que trabalham no SUS o panorama obviamente piora: há 5.475 psiquiatras atuantes nos SUS em 14.370 ocupações, o que nos oferece a informação de que esses profissionais num cálculo mais genérico, tem uma média de quase 3 atuações distintas em serviços SUS (e por lei só é possível 2 vínculos públicos por profissional).

Diante da falta de psiquiatras no SUS também existe uma preocupação do quanto o serviço pode concorrer com outros já em funcionamento ou em fase de planejamento e pactuação, acirrando o problema da falta desses profissionais, dependendo da região do Estado de São Paulo.

1.3 - Complexidade em alta: as internações em psiquiatria

As internações em psiquiatria continuam a ser assunto complexo e polêmico. Atualmente, desde a revisão da Portaria da RAPS pela 3.588/2017, houve a inclusão dos hospitais psiquiátricos como componente definitivo da RAPS.¹³⁰ Os principais argumentos para essa inserção foram a falta de leitos, a necessidade de se ofertar lugar especializado e que seria desperdício não contar com serviços dessa natureza, uma vez que os hospitais foram reformados, se modernizaram e se diferenciaram dos antigos manicômios. Contudo, nunca deixarão de ser hospitais com a marca dessa sua origem e com a reprodução de uma técnica de manutenção interna de seus domínios para que sua sustentabilidade se preserve (AMARANTE, 2001, 2007; KINOSHITA, 2016; NADER, 2019).

Cabe ressaltar, além disso, a importante crítica que se faz de sua existência. Diferentemente do que ocorre em hospitais gerais, locais onde há partilhas de espaços entre distintas especialidades, com leitos que costumam ter maior rotatividade (porque é próprio de sua dinâmica), o hospital psiquiátrico tem características de uma instituição total (GOFFMAN, 1961) visto que funciona de forma fechada, atomizada, com tecnologia própria que deve ser aplicada e represada em seu interior. Para garantir seu funcionamento e produtividade, e a sua razão de ser, ele pode tender a aumentar a retenção, até como

¹³⁰ A continuidade do fechamento de leitos e do fechamento de hospitais psiquiátricos agora depende da pressão de outros órgãos e da vontade política dos demais entes federados, como estados e municípios.

mecanismo de autopreservação. A ideia de cronicidade é a justificativa para a permanência estendida da pessoa internada que demandaria cuidados supostamente especializados (KINOSHITA, 2016).

Outro aspecto a favor da necessidade de leitos em hospitais gerais refere-se, do ponto de vista geográfico e estratégico, a uma maior disseminação de leitos em unidades que são quantitativamente mais numerosas do que os especializados (embora também com certa desigualdade na distribuição territorial). Se fosse possível garantir alguns leitos a mais em cada um desses hospitais se favoreceria uma distribuição mais equitativa, a partir da referência populacional de cada região.¹³¹

Porém, como foi indicado no capítulo sobre a história da saúde mental paulista, apesar de ter ocorrido o fechamento de um número razoável de unidades no Estado de São Paulo, ainda se manteve uma estrutura predominante de oferta de leitos de psiquiatria em hospitais especializados. E o lugar de centralidade que ele tende a ocupar, quando presente, parece interferir diretamente no trabalho de rede.

Essa não parece ser uma realidade exclusiva do Estado de São Paulo. Os dados gerais do país sugerem um padrão similar na maioria das regiões e estados, muito embora São Paulo seja o que tem o maior número de leitos, associado também ao adensamento populacional de seu território. As distribuições desiguais dos leitos estão presentes nas macrorregiões e estados, sendo que em alguns deles, mesmo com a possível presença de hospitais psiquiátricos, o que provavelmente aumenta o volume de leitos (mas que do ponto de vista qualitativo é um problema, pelas razões já apontadas), sequer chega no teto do parâmetro de 1/23.000 habitantes, referência que tem sido considerada subestimada para a necessidade de

¹³¹ Haveria outros desafios, como a necessidade de equipe multidisciplinar em psiquiatria ou mesmo se conseguir a contratação de médico de alguma outra especialidade, como clínico geral, associado a essas propostas de telemedicina para regiões que notadamente se verifica a escassez de médicos especialistas.

leitos.¹³² De qualquer forma, considerando-se como referência comparativa a proporção leitos a cada 10.000 hab., o Estado de São Paulo está na faixa das maiores delas em comparação a outros estados.

Tabela11. Distribuição de leitos de psiquiatria no Brasil, 2019

Leitos SUS de Psiquiatria no Brasil por Estado - CNES Outubro 2019	Estimativa IBGE 2019	Clinico Saúde Mental	Outras Especialidades Psiquiatria	Outras Especialidades Acolhimento Noturno (CAPS)	Hospital-Dia Saúde Mental	Total	Parâmetro 1/23.000 hab	Diferença Parâmetro	Proporção leito por 10.000 habitantes
Norte	18.430.980	82	327	88	11	508	801	-293	0,28
Acre	881.935	18	68	23	0	109	38	71	1,24
Amapá	845.731	0	16	0	0	16	37	-21	0,19
Amazonas	4.144.597	0	49	7	0	56	180	-124	0,14
Pará	8.602.865	20	82	14	11	127	374	-247	0,15
Rondonia	1.777.225	12	81	0	0	93	77	16	0,52
Roraima	605.761	11	14	16	0	41	26	15	0,68
Tocantins	1.572.866	21	17	28	0	66	68	-2	0,42
Nordeste	89.665.802	349	6.454	767	489	8.059	3.899	4.160	0,90
Alagoas	3.336.911	15	589	8	0	612	145	467	1,83
Bahia	14.872.858	2	549	37	10	598	647	-49	0,40
Ceará	9.132.858	25	620	99	62	806	397	409	0,88
Maranhão	7.075.181	0	649	45	119	813	308	505	1,15
Paraíba	4.018.127	20	309	106	4	439	175	264	1,09
Pernambuco	9.557.517	65	541	111	0	717	416	301	0,75
Piauí	3.272.447	23	204	28	60	315	142	173	0,96
Rio Grande do Norte	3.506.853	11	377	27	0	415	152	263	1,18
Sergipe	2.298.902	30	96	36	0	162	100	62	0,70
Centro Oeste	16.297.074	79	1.260	135	117	1.591	709	882	0,98
Distrito Federal	3.012.718	45	120	21	0	186	131	55	0,62
Goiás	7.020.904	21	773	43	109	946	305	641	1,35
Mato Grosso	3.484.466	0	229	7	0	236	151	85	0,68
Mato Grosso do Sul	2.778.986	13	138	64	8	223	121	102	0,80
Sudeste	80.115.931	609	8.922	898	688	11.117	3.483	7.634	1,39
Espírito Santo	4.018.650	0	136	14	0	150	175	-25	0,37
Minas Gerais	21.168.791	344	846	234	124	1.548	920	628	0,73
São Paulo	45.919.049	120	5.868	559	372	6.919	1.996	4.923	1,51
Rio de Janeiro	9.009.441	145	2.072	91	192	2.500	392	2.108	2,77
Sul	26.421.170	622	5.034	282	113	6.051	1.149	4.902	2,29
Paraná	11.433.957	101	1.981	150	41	2.273	497	1.776	1,99
Rio Grande do Sul	11.377.239	446	2.206	122	62	2.836	495	2.341	2,49
Santa Catarina	3.609.974	75	847	10	10	942	157	785	2,61
Brasil	210.147.125	1.583	19.477	1.893	1.184	24.137	9.137	15.000	1,15

Fonte: DATASUS – CNES

¹³² Como aparece nos sites do MS e do MDS do Governo Federal e na nota técnica sobre a “nova política de saúde mental”. Contudo, é importante fazer uma defesa a esse parâmetro. Quando se faz o cálculo inverso, do total de leitos em psiquiatria estimados a partir de uma distribuição territorial de leitos mais condizentes ao padrão de internação da região, com o perfil populacional de cada região do estado associado com a produção de internações de 2018, sem considerar o tipo de AIH (se normal ou de longa permanência), chega-se a uma referência “ideal” de cerca de 7 dias de internação (passível de fazer algum manejo, dependendo do caso) pelo parâmetro. O que se imagina ser condizente com uma média de tempo de internação similar para hospitais gerais. Possivelmente o parâmetro foi calculado a partir de uma referência como essa.

Sobre a oferta de leitos de internação do SUS geral, espera-se uma distribuição entre os diferentes tipos e especialidades, de acordo com as distintas necessidades de saúde. Os leitos de psiquiatria distribuem-se entre as categorias *Clínico* (menor número), *Outras especialidades* (Psiquiatria e Acolhimento Noturno (em CAPS))¹³³ e Hospital-dia (em Saúde Mental). Quando se consolida esses leitos numa coluna única, observa-se que os patamares para o Brasil e São Paulo não parecem indicar escassez, do ponto de vista do que foi factível de se implantar no SUS, que possui suas carências e também seus limites. No caso de São Paulo, os leitos de psiquiatria chegam a ultrapassar numericamente os leitos obstétricos e pediátricos e se aproximam dos complementares (de UTI).

Gráfico1.

Fonte: DATASUS - CNES

¹³³ Embora registrado e computado no CNES como um tipo de leito de internação, do ponto de vista técnico é dirigido de forma a evitar justamente a internação. A proposta é um espaço intermediário, de acolhida num espaço já conhecido (é destinado aos usuários que estão em atendimento no CAPS), para o cuidado de situações de crise, no intuito de evitar seu agravamento.

Gráfico2. Leitos em Geral cadastrados no CNES Brasil e Estado de São Paulo, 2019 (em %)

Fonte: DATASUS - CNES

Os leitos de psiquiatria do Brasil correspondem a 7,7% do total de leitos SUS. No caso do Estado de São Paulo, o percentual sobe para 11,6% no total de leitos. Em ambas situações, o montante parece bem significativo e contrasta com o discurso da falta de leitos, quando comparado com a realidade dos leitos SUS.

Outro dado que chama a atenção é que, no computo geral, temos uma cobertura de leitos em psiquiatria no SUS (63,4%) mais elevado do que no Não-SUS (36,6%), muito embora esse montante talvez seja destinado a uma parcela proporcionalmente maior da população em comparação aos que utilizam a saúde privada (por volta de 70% da população utiliza exclusivamente o SUS, conforme dados de pesquisas do IBGE e do DATASUS, com variação desses percentuais quando se filtra a informação por estados e municípios, chegando 100% de uso em muitos casos. No Estado de São Paulo 39% da população era beneficiária de plano de saúde em dezembro/2018, de acordo com consulta realizada no DATASUS).

Gráfico3¹³⁴

Fonte: DATASUS - CNES

Gráfico4

Fonte: DATASUS – CNES

¹³⁴ Relação especialidades clínicas: Aids, Cardiologia, Clínica Geral, Dermatologia, Geriatria, Hansenologia, Hematologia, Nefrourologia, Neonatologia, Neurologia, Oncologia, Pneumologia, Saúde Mental, Queimado adulto, Queimado pediátrico.

A maioria dos leitos de psiquiatria fica elencada na categoria “Outras Especialidades” que envolve os leitos de Crônicos, Psiquiatria, Reabilitação, Pneumologia Sanitária, Acolhimento Noturno. Há cerca de 450 leitos de crônicos de hospitais psiquiátricos que não foram computados nessa tabela.

Os leitos de Hospital-Dia são indicados como Cirúrgico/Diagnóstico/Terapêutico, Aids, Fibrose Cística, Intercorrência Pós-Transplante, Geriatria e Saúde Mental.

Pode-se acrescentar que parte dos serviços existentes nos demais pontos de atenção da RAPS, como CAPS, RTs, Consultórios na Rua, entre outros, são presentes no SUS e ausentes na saúde suplementar visto que esta última não costuma investir em estruturas similares (o que leva a supor a existência de diferenças, em termos de prioridades de investimento, da saúde pública em comparação com a saúde privada no campo da Saúde Mental). Uma hipótese seria a de que se preserva a lógica médico-hospitalocêntrica com atendimentos individuais em hospitais, ambulatorios, clínicas e consultórios particulares no modelo privado e que talvez o modelo da saúde mental / reforma psiquiátrica na saúde pública não seja considerado atrativo e lucrativo do ponto de vista de sua proposta de atuação, uma vez que está baseado em serviços de base comunitária, com propostas de atendimentos coletivos e ofertados de forma intensiva. Em contraponto, como os serviços privados costumam ser caros ou com limite de quantia de atendimentos na saúde suplementar, é provável que parcela da população que possui plano de saúde ou custeie serviços de forma particular, utilizem também essa rede, visto que o SUS é universal. E, com isso, os planos de saúde deixam de investir nessa área, aumentando a demanda no sistema público.

Em relação ao detalhamento dos leitos do Estado de São Paulo, os leitos de psiquiatria estão distribuídos como: de *acolhimento noturno* (CAPS), em *hospital psiquiátrico* (incluindo-se parte dos de *hospital-dia*) e em *hospital geral* (com a outra parte de leitos de *hospital-dia*). Tal gráfico explicita que a maior parte dos leitos em psiquiatria no Estado de São Paulo ainda é ofertada por hospitais psiquiátricos (N=5.341; 73,5%). Leitos em hospital geral equivalem a somente 13,6% (N=991) do total de leitos ofertados, o que sinaliza que o problema não está na falta desses leitos, mas nas características e qualidades dos mesmos, visto que a recomendação é dar prioridade a leitos em hospitais gerais.

Gráfico5.

Fonte: DATASUS - CNES

* Foram incluídos 446 leitos cadastrados como crônicos nos hospitais especializados psiquiátricos selecionados.

Além disso, ao se observar como esses leitos se distribuem pelas redes regionais do Estado, constata-se que há grande concentração em determinadas regiões, em detrimento de outras (variam de 0,09 leito por 10.000 habitantes até 4,81 leitos). A RRAS 15 (São João da Boa Vista e Campinas - Circuito das Águas e RM Campinas), apesar de ser menos populosa do que a RRAS 6 (São Paulo), condensa 22,5% dos leitos, sendo a maioria de hospitais psiquiátricos. No município de São Paulo, a RRAS 06, com 16,1% dos leitos e a RRAS 01 (Grande ABC), com 6,9%, são as redes regionais que possuem as estratégias mais diversificadas de oferta de leitos (em hospitais gerais e acolhimento noturno), embora ainda prevaleçam os de hospitais psiquiátricos. Além da RRAS 15, as RRAS 03 (Franco da Rocha), 09 (Bauru), 10 (Marília), 11 (Presidente Prudente) e 13 (Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto), também apresentam elevadas concentrações de leitos em hospitais psiquiátricos, em comparação às demais redes. Provavelmente essas características regionais relacionam-se com a própria história da ampliação interiorizada de hospitais psiquiátricos

filantrópicos no Estado de São Paulo, tal como apontado no capítulo anterior. Em contrapartida, se adotarmos a mesma referência de leitos válida para hospitais gerais (comum em publicações acadêmicas sobre leitos em psiquiatria), há significativo déficit em todas as regiões.

Tabela12. Distribuição de leitos de psiquiatria por RRAS Estado de São Paulo, janeiro/2019

RRAS (DRS)	População IBGE 2018	% População	Leito Acolhimento Noturno	Leito em Hospital Psiquiátrico	Leito Hospital Dia	Leito em Hospital Geral	Total	% Total	1/Por 10.000 hab. Total	1/Por 10.000 hab. H Geral
RRAS 01 (Gde ABC - DRS I)	2.664.981	6,1%	122	192	77	109	500	6,9%	1,88	0,41
RRAS 02 (Alto Tiete - DRS I)	2.914.925	6,6%	15	0	0	61	76	1,0%	0,26	0,21
RRAS 03 (Franco da Rocha - DRS I)	586.110	1,3%	0	251	0	30	281	3,9%	4,79	0,51
RRAS 04 (Mananciais - DRS I)	1.108.269	2,5%	0	0	0	10	10	0,1%	0,09	0,09
RRAS 05 (R. Bandeirantes - DRS I)	1.828.563	4,2%	0	11	0	63	74	1,0%	0,40	0,34
RRAS 06 S Paulo (DRS I)	11.753.659	26,7%	200	541	135	297	1.173	16,1%	1,00	0,25
RRAS 07 (B. Santista, Registro)	2.075.409	4,7%	34	0	0	47	81	1,1%	0,39	0,23
RRAS 08 (Sorocaba)	2.418.289	5,5%	32	0	0	64	96	1,3%	0,40	0,26
RRAS 09 (Bauru)	1.718.961	3,9%	0	625	90	4	719	9,9%	4,18	0,02
RRAS 10 (Marília)	1.101.544	2,5%	0	499	0	31	530	7,3%	4,81	0,28
RRAS 11 (Presidente Prudente)	746.425	1,7%	16	160	0	48	224	3,1%	3,00	0,64
RRAS 12 (Araçatuba, SJ Rio Preto)	2.308.397	5,2%	15	369	0	5	389	5,4%	1,69	0,02
RRAS 13 (Araraquara, Barretos, Franca, Rib Preto)	3.538.067	8,0%	16	770	62	83	931	12,8%	2,63	0,23
RRAS 14 (Piracicaba)	1.515.307	3,4%	8	262	0	19	289	4,0%	1,91	0,13
RRAS 15 (SJ Boa Vista, Campinas)	4.036.135	9,2%	76	1.514	0	47	1.637	22,5%	4,06	0,12
RRAS 16 (Campinas -Bragança, Jundiai)	1.231.597	2,8%	11	0	20	22	53	0,7%	0,43	0,18
RRAS 17 (Taubaté)	2.446.521	5,6%	0	147	3	51	201	2,8%	0,82	0,21
Total	43.993.159	100%	545	5.341	387	991	7.264	100%	1,65	0,23

Fonte: DATASUS – CNES

Quando se detalha por região de saúde e se planeja a situação ideal de se dispor de maior número de leitos em hospitais gerais, observa-se que com a adoção do parâmetro de 1 leito /23.000 hab., excetuando-se as CIR de Franco da Rocha, Assis, Alta Sorocabana, Extremo Oeste Paulista, Norte-Barretos, Alta Mogiana e Circuito da Fé - Vale Histórico, todas as demais careceriam de leitos de retaguarda em hospital geral e um número de leitos maior ao se considerar a RRAS, algo que poderia ser equacionado em pactuações regionais.

Tabela13. Distribuição Leitos de psiquiatria por CIR e necessidades em HG, Estado de São Paulo, jan/2019

DRS	RRAS	CIR	População SEADE 2018	Leito Acolhi- mento Noturno	Leito em Hospital Psiquiá- trico	Leito em Hospital Dia H Psiq	Leito em Hospital Dia HG, CAPS, HD	Leito em Hospital Geral	Total Leitos	Parâmetr o Leito (1/23.000 em HG)	Necessida de Leitos em HG	
GRANDE SÃO PAULO	RRAS01	Grande ABC	2.664.981	122	192		77	109	500	116	7	
	RRAS02	Alto do Tietê	2.914.925	15				61	76	127	66	
	RRAS03	Franco da Rocha	586.110		251			30	281	25		
	RRAS04	Mananciais	1.108.269					10	10	48	38	
	RRAS05	Rota dos Bandeirantes	1.828.563		11			63	74	80	17	
	RRAS06	São Paulo	11.753.659	200	541	135		297	1.173	511	214	
B. SANTISTA REGISTRO	RRAS07	Baixada Santista	1.798.230	34				42	76	78	36	
SOROCABA	RRAS08	Vale do Ribeira	277.179					5	5	12	7	
		Itapetininga	486.733					17	17	21	4	
		Itapeva	277.443					5	5	12	7	
BAURU	RRAS09	Sorocaba	1.654.113	32				42	74	72	30	
		Bauru	621.740		39		15		54	27	27	
		Jau	342.544		210	60			270	15	15	
		Lins	162.963		296				296	7	7	
		Polo Cuesta	301.222		80	15		4	99	13	9	
MARÍLIA	RRAS 10	Vale do Jurumirim	290.492						0	13	13	
		Adamantina	129.364		144				144	6	6	
		Assis	245.533					16	16	11		
		Marília	375.194		355			15	370	16	1	
		Ourinhos	227.426						0	10	10	
PRESIDENTE PRUDENTE	RRAS 11	Tupã	124.027						0	5	5	
		Alta Paulista	129.604					5	5	6	1	
		Alta Sorocabana	397.022	16	160			38	214	17		
		Alto Capivari	57.733					1	1	3	2	
		Extremo Oeste Paulista	94.102					4	4	4	0	
ARAÇATUBA	RRAS 12	Pontal do Paranapanema	67.964						0	3	3	
		Central do DRS II	290.724	5					5	13	13	
		Consortcios do DRS II	268.369		60				60	12	12	
		Lagos do DRS II	196.681						0	9	9	
		Catanduva	304.677		138				138	13	13	
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	RRAS 13	Jales	100.205						0	4	4	
		José Bonifácio	99.314						0	4	4	
		Fernandópolis	112.230						0	5	5	
		Santa Fé do Sul	45.421						0	2	2	
		São José do Rio Preto	698.625	10	160			5	175	30	25	
ARARAQUAR A	RRAS 13	Votuporanga	192.151		11				11	8	8	
		Central do DRS III	307.696		30	16			46	13	13	
		Centro Oeste do DRS III	140.077						0	6	6	
		Coração do DRS III	379.870					8	8	17	9	
		Norte do DRS III	150.750					5	5	7	2	
BARRETOS	RRAS 13	Norte-Barretos	279.690	5				20	25	12		
		Sul-Barretos	142.711	5					5	6	6	
FRANCA	RRAS 13	Alta Anhanguera	157.117						0	7	7	
		Alta Mogiana	120.698					10	10	5		
RIBEIRÃO PRETO	RRAS 13	Três Colinas	409.706		200	30		10	240	18	8	
		Aquífero Guarani	887.827	6	540		16	30	592	39	9	
		Horizonte Verde	427.071						0	19	19	
		Vale Das Cachoeiras	134.854						0	6	6	
PIRACICABA	RRAS 14	Araras	332.036		162			5	167	14	9	
		Limeira	358.839					12	12	16	4	
		Piracicaba	568.061						0	25	25	
		Rio Claro	256.371	8	100			2	110	11	9	
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	RRAS 15	Baixa Mogiana	317.849		555			2	557	14	12	
		Mantiqueira	274.433		316				316	12	12	
		Rio Pardo	210.752	5	320			3	328	9	6	
CAMPINAS	RRAS 15	Circuito das Águas	129.549		160				160	6	6	
		Reg. Metrop. Campinas	3.103.552	71	163			43	277	135	92	
		Bragança	452.906				20	4	24	20	16	
TAUBATÉ	RRAS 16	Jundiaí	778.691	11				17	28	34	17	
		Alto Vale do Paraíba	1.061.833		147			18	165	46	28	
		Circuito da Fé - V. Histórico	467.487				2	30	32	20		
		Litoral Norte	317.121				1	3	4	14	11	
	RRAS 17	V. Paraíba - Reg. Serrana	600.080						0	26	26	
		17 DRS	63 RAPS	43.993.159	545	5.341	256	131	991	7.264	1.913	975

Fonte: DATASUS - CNES

Essa distribuição concentrada e desigual acarreta a falta de regulação regionalizada dos leitos (como historicamente já acontecia), o que promove um fluxo de encaminhamentos para regiões distintas do local de residência do usuário. A tabela a seguir demonstra como essa distribuição se deu no ano de 2018, da RRAS de residência para a RRAS de ocorrência (local da internação). As RRAS que mais receberam (ou que encaminharam no passado, no caso dos moradores de hospitais psiquiátricos) pessoas para serem internadas, residentes de outras regiões, foram as RRAS 08 (por ter hospitais psiquiátricos ainda abertos e com moradores na região de Sorocaba, em 2018), RRAS 09, RRAS 13 e RRAS 15. A RRAS 06 não foi considerada porque a maioria dos encaminhamentos se dá nas RRASs pertencentes a RMSP:

2018		AIHs Pagas - RRAS - Local de Ocorrência - Estado de São Paulo													
RRAS	RRAS	RRAS	RRAS	RRAS	RRAS	RRAS	RRAS	RRAS	RRAS	RRAS	RRAS	RRAS	RRAS	RRAS	RRAS
01	02	03	04	05	06	07	08*	09	10	11	12	13	14		
2.337	2	3	0	3	182	1	4	12	0	0	1	1	0		
14	3.365	2	1	0	389	0	30	0	1	0	0	3	0		
4	0	2.096	0	2	136	1	163	0	12	0	0	12	0		
3	3	6	611	134	227	2	5	12	0	0	0	0	0		
4	5	6	25	895	208	0	34	12	0	0	0	1	0		
159	186	68	19	28	16.400	5	162	62	0	0	0	115	12		
4	0	0	0	3	42	1.399	141	3	0	0	0	0	0		
2	1	0	1	1	60	0	3.758	84	0	0	0	20	25		
1	1	0	0	2	32	0	25	5.072	9	2	4	16	0		
0	1	0	1	1	6	1	0	358	7.476	8	1	29	0		
0	1	0	0	0	14	0	2	44	17	3.865	3	0	0		
0	0	0	0	0	14	0	0	146	2	3	6.728	5	0		
1	1	0	0	1	25	0	26	73	1	0	8	10.304	24		
1	0	1	0	0	19	0	3	33	0	0	7	35	2.734		
5	0	1	0	0	53	0	11	30	1	0	0	3	14		
0	1	7	0	0	27	0	23	19	1	0	0	0	0		

Esse cenário compromete, em termos das internações, ações reguladas no sentido de que elas ocorram o mais próximo possível do território de residência do internado. Há que se considerar, afinal, como a questão geográfica certamente dificulta ou até impede o contato familiar e com sua rede de apoio local, sem incluir demais fragilidades de outra ordem (de vínculo social e familiar, condições socioeconômicas).

A pesquisadora nomeia a sequência desses gráficos e tabela como “conjunto de dados de desconstrução” para as afirmações que costumam ser feitas sobre a falta de leitos. Afinal, considerando os dados anteriormente expostos, se há falta de leitos, não seriam nos hospitais psiquiátricos, mas, sobretudo, em hospitais gerais. Em termos de planejamento, isto

demandaria um esforço de redução desses leitos com o fechamento dos grandes hospitais psiquiátricos, a fim de se investir os recursos dispendidos neles em enfermarias e leitos de psiquiatria nos hospitais gerais, o que inclusive, garantiria melhor distribuição.

Em princípio, esperava-se que a manutenção desses antigos estabelecimentos só estivesse ocorrendo em virtude do complexo contexto de desinstitucionalização dos moradores de hospitais psiquiátricos, além dos processos de negociação de abertura, nas regiões, de leitos em hospitais gerais. Contudo, ao realizar esse levantamento e pesquisar sobre publicações referentes ao tema, observou-se uma mudança no perfil das internações, algo que já se problematizava há alguns anos nas pautas de reuniões de instâncias colegiadas de gestão, incluído o GCE.

Provavelmente por conta do histórico de internações prolongadas em psiquiatria,¹³⁵ há nos registros das internações duas modalidades distintas, a AIH Normal (consiste na primeira internação que pode durar até 30 dias para hospital geral e 45 dias para hospital psiquiátrico) e a AIH de Longa Permanência (autorização de continuidade da internação, renovada mensalmente, após prazo vencido). Essa informação sinaliza sobre possíveis internações que possam se prolongar ao longo do tempo (BRASIL, 2007). Quando se separa essas categorias, é possível analisar alguns aspectos. O volume das internações,¹³⁶ nesse recorte, oferece pistas de que dessas AIHs (parcela significativa de longa permanência, 42,9%), as internações podem durar mais que 45 dias em Hospitais Psiquiátricos, e que são homens, em sua maioria, que permanecem mais tempo internados (67,6%), conforme demonstra o gráfico a seguir:

Gráfico6.

¹³⁵ Embora em menor frequência, outras condições complexas para alguns quadros patológicos não psiquiátricos também podem causar internações mais prolongadas.

¹³⁶ Como se trata de AIHs Pagas, é a quantia dessas entradas e não o número de pessoas que se contabiliza. Portanto, num mesmo ano, para uma única pessoa, é possível gerar até 12 AIHs, caso a internação se prolongue por 1 ano.

Fonte: DATASUS/SIH

Quando se filtra esses dados por faixa-etária, também é possível observar que as internações tendem a se prolongar mais à medida que se envelhece. Aqui, é importante indicar que existe cerca de 1.400 moradores de hospitais psiquiátricos que, em sua maioria, tem a idade de 60 anos ou mais, conforme perfil identificado no último censo (e estão internados há pelo menos 15 e até 50 anos, o que deve justificar, portanto, a concentração de AIHs de longa permanência nas últimas faixas-etárias).¹³⁷ Chama a atenção, no entanto, a quantidade desse tipo de AIH presente nas faixas mais jovens, principalmente no grupo considerado economicamente ativo (dos 20 aos 49 anos), com quase metade das AIHs de longa permanência (N=20.629). Pela idade, possivelmente a grande maioria não faz parte do grupo do censo. Contudo, parcela importante desse perfil apresenta internações mais prolongadas do que o esperado, mesmo com o advento da reforma psiquiátrica.

Gráfico7.

¹³⁷ Considerando 12 AIHs de Longa Permanência por morador de hospitais psiquiátricos, contabilizado em cerca de 1.400 pessoas, seriam aproximadamente 16.800 AIHs. Utilizam por volta de 40% dessas AIHs. Os 60% restante relacionam-se a outros casos.

Fonte: DATASUS/SIH

O gráfico seguinte apresenta o tipo de CID das internações que estão vinculadas a essas AIHs. Ao desconsiderar as faixas de transtornos que estejam relacionados com o grupo de moradores dos hospitais psiquiátrico (do censo psicossocial), no caso, os transtornos da faixa F00-F09 e F70-F79 somada a uma parte dos casos das faixas F20-F29,¹³⁸ surpreende o número de AIHs de longa permanência para a faixa F10-F19 (N=9.860), relacionado ao uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas:

Gráfico8.

¹³⁸ No grupo F20-F29, das esquizofrenias, a frequência é mais elevada, independentemente dos moradores dos hospitais psiquiátricos.

Fonte: DATASUS/SIH

Sobre os dados desse gráfico, cabe a observação de que certamente a quantidade de AIHs seriam superiores para o uso prejudicial de AD, visto que o Hospital Lacan (localizado em São Bernardo do Campo), com 192 leitos, não produz AIH, apesar de manter convênio desde janeiro de 2017 com a SES, no âmbito do Programa Recomeço. Trata-se de unidade de encaminhamento para internação, com leitos destinados a esse segmento, principalmente para o município de São Paulo, mas é possível que amplie essa possibilidade à Região Metropolitana de São Paulo.¹³⁹ Tal informação é importante visto que o número de leitos é

¹³⁹ Essa unidade foi reativada pelo Programa Recomeço, por meio de convênio firmado com a OSS SPDM (vigência 01/2017 a 12/2019) como uma das enfermarias de retaguarda para desintoxicação, no conjunto de 12 unidades, sendo parte composto por hospitais gerais e a outra parte por hospitais psiquiátricos. O Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas – CRATOD que gerenciava, até a finalização da pesquisa, as ações no âmbito desse programa. As comunidades terapêuticas também começaram a atuar no Estado por meio desse programa. Para mais informações acesse o documento em:

significativo e pode gerar uma distorção dos dados levantados ao se traçar o padrão das internações de acordo com o tipo de CID, podendo sinalizar um aumento menor do que a realidade para esse grupo. Em princípio, esse problema foi identificado somente em relação à essa unidade.

Quando se levanta o total de internações (AIHs Pagas) ao longo de 10 anos, observamos que o conjunto delas, por tipo de CID, diminuíram expressivamente devido também ao fechamento de hospitais psiquiátricos entre os anos de 2008 a 2018:¹⁴⁰

Gráfico9.

http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/destaques/pleno-227/programa_recomeco_para_publicacao.pdf

¹⁴⁰ Em 2018, ano de referência do levantamento de produção das internações, foram fechadas mais 5 hospitais psiquiátricos, situados na região de Sorocaba, como a conclusão do TAC.

Fonte: DATASUS/SIH

Contudo, quando se seleciona as AIHs de tipo 1 - Normal, relacionadas à primeira entrada da internação, identifica-se diferenças que apontam oscilações, com tendência de aumento das internações principalmente nas faixas F10-F19, relacionadas aos transtornos decorrentes do uso prejudicial de AD, e na faixa F30-F39, dos transtornos do humor (afetivos), tendência também apontada por MENDES (2019). Cabe a ressalva de que ao se retomar as informações contidas no Gráfico8, referente ao ano de 2018, é possível inferir que a primeira faixa (uso prejudicial de AD)¹⁴¹ indica internações em número maior e mais prolongadas quando comparadas à segunda faixa (a dos transtornos de humor).

¹⁴¹ Inclusive há tendência de aumento mesmo sem a produção dos 192 leitos do Hospital Lacan.

Gráfico10.

Fonte: DATASUS/SIH

Ao selecionar as AIHs por RRAS, observa-se que as regiões que possuem hospitais psiquiátricos apresentam frequência maior de AIHs de longa permanência e número elevado de internações para o porte populacional da região, mesmo quando se considera a presença de moradores de hospitais psiquiátricos nesse grupo. Cabe ressaltar que alguma distorção pode acontecer em relação a RMSP, devido à não produção do Hospital Lacan.¹⁴² Esse primeiro gráfico indica as AIHs por local de residência:

Gráfico11.

Fonte: DATASUS/SIH

E o gráfico seguinte sinaliza as internações no local de ocorrência. Chama a atenção como aumenta o número de AIHs na RRAS 15, principalmente as de longa permanência, onde tem uma concentração historicamente elevada de leitos em hospitais psiquiátricos. A produção dessas AIHs da rede regional chega a superar a produção de AIHs de tipo 1 – Normal, da cidade de São Paulo, a mais populosa do país. Embora também, conforme indica a tabela 14, parcela dos residentes de São Paulo seja encaminhada à essa RRAS (gerou 1.775 AIHs pagas).

¹⁴² Em 2019 possivelmente o perfil da RRAS 08 de Sorocaba deve mudar, visto que a TAC de Sorocaba foi concluída no final de 2018 com o fechamento dos hospitais psiquiátricos da região.

Gráfico12.

Fonte: DATASUS/SIH

O Gráfico abaixo demonstra, em termos percentuais, como cada tipo de AIHs se distribui nas regiões, indicando mais uma vez que as que possuem hospitais psiquiátricos geram mais internações de longo prazo, superando o teto de 45 dias (limite da AIH Normal).

Gráfico13.

Fonte: DATASUS/SIH

Por fim, é possível acessar o detalhamento dessas produções por hospital psiquiátrico, tipo de AIH e dias de permanência (conferir tabela no Anexo 5). E sintetizar a distribuição

dessas AIHs por tipo de estabelecimento, conforme o quadro abaixo retrata, indicando novamente a concentração de AIHs de longa permanência nas RRAS que possuem hospitais psiquiátricos. Mas também aponta as RRAS que tem utilizado hospitais gerais:

Tabela15. Uso de AIHs normal e de longa permanência por tipo de estabelecimento, nas RRAS SP, 2018

Internações por RRAS, tipo de Estabelecimento e AIH - 2018	Hospital Geral		PA / PS / UPA / Unid Mista	Hospital Especializado - Psiquiatria		Hospital Especializado - Outros		Total Geral
	AIH Normal	AIH Longa Permanência	AIH Normal	AIH Normal	AIH Longa Permanência	AIH Normal	AIH Longa Permanência	
RRAS (DRS)								
RRAS 01 (Gde ABC - DRS I)*	2.440	14	92	0	0	1	0	2.547
RRAS 02 (Alto Tiete - DRS I)	3.410	35	0	0	0	65	65	3.575
RRAS 03 (Franco da Rocha - DRS I)	1.150	0	0	14	1.027	0	0	2.191
RRAS 04 (Mananciais - DRS I)	587	0	73	0	0	0	0	660
RRAS 05 (R. Bandeirantes - DRS I)	625	0	302	145	0	1	0	1.073
RRAS 06 S Paulo (DRS I)	10.737	275	0	3.397	1.790	55	1.711	17.965
RRAS 07 (B. Santista, Registro)	1.403	0	11	0	0	0	0	1.414
RRAS 08 (Sorocaba)**	996	0	0	7	3.177	3	253	4.436
RRAS 09 (Bauru)	2.066	123	0	2.260	1.531	0	0	5.980
RRAS 10 (Marília)	713	0	0	2.311	4.451	0	46	7.521
RRAS 11 (Presidente Prudente)	1.935	0	0	712	1.241	1	0	3.889
RRAS 12 (Araçatuba, SJ Rio Preto)	602	65	0	2.444	3.644	0	0	6.755
RRAS 13 (Araraquara, Barretos, Franca, Rib Preto)	2.762	35	10	2.650	5.122	0	0	10.579
RRAS 14 (Piracicaba)	470	0	0	1.044	1.311	0	0	2.825
RRAS 15 (SJ Boa Vista, Campinas)	2.230	267	0	4.867	14.722	2	0	22.088
RRAS 16 (Campinas -Bragança, Jundiai)	901	0	15	0	0	0	0	916
RRAS 17 (Taubaté)	935	0	1	760	642	170	0	2.508
Total Geral	33.962	814	504	20.611	38.658	298	2.075	96.922

Fonte: DATASUS/SIH

* Hospital Lacan é pertencente a RRAS 01 e não produz AIH, conforme já indicado.

** Com a finalização do TAC no final de 2018, os leitos dos hospitais psiquiátricos foram fechados.

Esse conjunto de informações oferece pistas sobre algumas tendências que serão desafiadoras, do ponto de vista da RAPS. Resumidamente, parece que as redes regionais que

possuem hospitais psiquiátricos em sua dinâmica de funcionamento tendem a continuar a trabalhar numa lógica hospitalocêntrica, o que pode dificultar o trabalho na lógica da RAPS (o que talvez também justifique as fragilidades dessas regiões do ponto de vista da Atenção Básica e Estratégica).

Predominantemente a RRAS 15, mas também as RRAS 10, 12, 13 e 14 (com exceção das regiões de Franco da Rocha e Sorocaba que estão em fase de finalização dos processos de desinstitucionalização), parecem internar inclusive numa frequência maior a população de sua própria região, além de receber de outras. As internações tendem a ser mais longas e num determinado perfil, no caso, de homens, numa faixa-etária considerada economicamente ativa (entre 20 e 49 anos) e com transtornos decorrentes a problemas ligados ao uso prejudicial de álcool e drogas, embora ocorram também internações do grupo das esquizofrenias. E, diante desse prolongamento do tempo de internação, pode-se inclusive ficar mais suscetível a gerar novos moradores de hospitais psiquiátricos, como já se observa que está acontecendo esse fenômeno, tal como indicou o último censo realizado e as atualizações de informações pela SES. O incremento que melhora a remuneração das internações (conforme determinado na Portaria 3.588/2017), incluindo as que superam noventa dias (apesar do valor menor), também reforça esse risco.

A questão do tema, dependendo da vertente denominada de dependência química ou do uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, reatualizou uma série de linhas discursivas que pareciam melhor equacionadas do ponto de vista dos estigmas e preconceitos, e acabou por reavivar, no ideário coletivo, a sensação de periculosidade. Um dos grandes problemas das políticas públicas em saúde mental talvez tenha ocorrido quando se compartimentalizou e dividiu a RAPS, estruturando uma “sub-rede” e uma política em paralelo (que tem se fortalecido nos últimos anos), com serviços destinados exclusivamente à esse grupo, inclusive

com leitos migrando para uma “nova” subespecialidade da psiquiatria: o tratamento da dependência química.

As internações em geral, na forma como predominantemente se realizam no Estado de São Paulo, de acordo com esse levantamento, parece contradizer em parte o que se preconiza em termos da atenção dirigida ao sofrimento psíquico no SUS, pelo ideário da atenção psicossocial. Com ações territoriais que incentivem internações breves e realizadas como último recurso. E que elas possam ser feitas em hospitais gerais, na unidade mais próxima possível do território e do convívio familiar e social da pessoa, visando uma recuperação que priorize a autonomia e o direito do sujeito.

Internações prolongadas, por mais que sejam justificadas pela equipe médica devido as condições físicas e de saúde, dificultam o acesso à rede de apoio afetiva pessoal do sujeito e podem prejudicar a retomada de uma vida mais organizada do ponto de vista ocupacional (quanto mais tempo afastado de um emprego ou em situação de desemprego, mais difícil sua recolocação no mercado, além de todos os outros desafios decorrentes de algum estigma a que fique exposto), ainda mais se essas internações forem realizadas distantes de seu território.

Cabe sinalizar o quanto os ditames da filantropia poderiam estar de alguma forma também influenciando esses fatores, com o argumento, mais próximo da caridade, de um zelo frente a uma situação que está ligada às vulnerabilidades sociais, associado à pressão de representações médicas-psiquiátricas que adotam como referência o modelo hospitalocêntrico.

Ora e outra, nos momentos de reflexão da coordenação estadual de saúde mental e do GCE, surgia a pergunta: afinal, o que diferencia uma equipe de CAPS, principalmente daqueles mais estruturados, na modalidade III (24 horas), com leito de acolhimento noturno (ou com algum combinado em nível local / regional via, por exemplo, um pronto-atendimento), de uma enfermaria psiquiátrica dentro de um hospital geral ou psiquiátrico? Ambos contam com psiquiatra, enfermagem, equipe multiprofissional. A diferença está numa

restrição mais impositiva, mesmo que provisória (no passado virou permanente), da liberdade como medida de contenção de sintomas que possam estar supostamente colocando a pessoa e seu entorno em risco, numa situação de crise ou agravamento de dado quadro psicopatológico. Eis o dilema ético e técnico que se coloca, de quanto se aposta na possibilidade de um cuidado sem o cerceamento da própria liberdade.

1.4 - Residências terapêuticas na (Des)institucionalização

Conforme já apontado, embora nos últimos anos os processos de desinstitucionalização tenham ocorrido de forma mais consistente (sobrepujado pelo TAC de Sorocaba), até dezembro de 2018, ainda havia 1.404 pessoas que aguardavam alta para uma residência terapêutica. Além disso, apesar do Estado contar com 334 RTs, uma parcela encontrava-se em dificuldade, sendo custeada diretamente pelos municípios e sem estar recebendo repasse federal. Em parte, isso ocorreu pela demora na habilitação, mas também por pendências apontadas pelo MS.

Diante desse cenário pouco solidário, o GCE considera que esse recurso será cada vez menos incentivado e que talvez seja preciso pensar em outras alternativas, bem como contar com o que já foi possível estruturar na RAPS.

Como é um serviço de moradia permanente, a triste realidade aponta que são nos momentos de óbito, decorrentes do perfil da população já idosa e por vezes comprometida em seu estado de saúde, que é possível contar com uma nova vaga nas RTs existentes. E o maior desafio é o grupo de moradores que depende de vagas solidárias porque se perderam os registros de sua origem e história. São pessoas que praticamente “nasceram” de novo, receberam um novo nome, data de nascimento para sua regularização documental com o intuito, inclusive, de pleitear algum benefício social como o PVC ou o BPC, recursos importantes para o processo de desinstitucionalização e de apoio à autonomia.

Como esse acolhimento envolve custos e cuidados, em tempos de crise, fica difícil (mas não impossível, como já aconteceu em alguns casos) contar com essa possibilidade.

À exceção desses casos que, em princípio, ficam distribuídos na região em que se situa o hospital psiquiátrico, há uma preocupação de se procurar vagas de acordo com alguns critérios como o local onde a pessoa deseja morar, onde viveu no passado, se vive acompanhado de algum morador amigo ou numa região onde reside algum familiar mais distante e que não consiga acolhê-lo. A tabela abaixo indica, do ponto de vista das regiões de saúde, os moradores que aguardam um lugar para morar, e, nunca é demais reafirmar, as regiões que possuem hospitais psiquiátricos (até por razões históricas) são as que possuem a maior frequência de moradores:

Tabela16. Moradores em hospitais psiquiátricos e RTs por CIR, Estado de São Paulo, 2018

Tabela 10. Moradores em hospitais psiquiátricos e RTs por CIR, Estado de São Paulo, 2018									
RRAS	DRS	CIR	População SEADE 2018	Hospitais Psiquiátricos atuante	Moradores HP informados 2018	Necessidade de RT	RT existentes	Estimativa moradores de RTs	
RRAS01	GRANDE SÃO PAULO	Grande ABC	2.664.981	1	16	2	21	210	
RRAS02		Alto do Tietê	2.914.925		61	6	3	30	
RRAS03		Franco da Rocha	586.110	1	19	2	4	40	
RRAS04		Mananciais	1.108.269		10	1	3	30	
RRAS05		Rota dos Bandeirantes	1.828.563		30	3	3	30	
RRAS06		São Paulo	11.753.659	4	241	24	54	540	
RRAS07	B. SANTISTA REGISTRO	Baixada Santista	1.798.230		39	4	3	30	
		Vale do Ribeira	277.179		6	1	3	30	
RRAS08	SOROCABA	Itapetininga	486.733		6	1	13	130	
		Itapeva	277.443		11	1	7	70	
		Sorocaba	1.654.113		18	2	53	530	
RRAS09	BAURU	Bauru	621.740		47	5	6	60	
		Jau	342.544	1	36	4	0	0	
		Lins	162.963	1	28	3	3	30	
		Polo Cuesta	301.222	1	13	1	10	100	
		Vale do Jurumirim	290.492		4	0	0	0	
RRAS 10	MARÍLIA	Adamantina	129.364	1	11	1	5	50	
		Assis	245.533		10	1	0	0	
		Marília	375.194	2	75	8	4	40	
		Ourinhos	227.426		11	1	2	20	
		Tupã	124.027		8	1	16	160	
RRAS 11	PRESIDENTE PRUDENTE	Alta Paulista	129.604		5	1	0	0	
		Alta Sorocabana	397.022	1	10	1	9	90	
		Alto Capivari	57.733		3	0	0	0	
		Extremo Oeste Paulista	94.102		2	0	0	0	
		Pontal do Paranapanema	67.964		2	0	0	0	
RRAS 12	ARAÇATUBA	Central do DRS II	290.724		3	0	2	20	
		Consortios do DRS II	268.369	1	7	1	4	40	
		Lagos do DRS II	196.681		3	0	0	0	
	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	Catanduva	304.677	1	11	1	0	0	
		Jales	100.205		2	0	0	0	
		José Bonifácio	99.314		2	0	0	0	
		Fernandópolis	112.230		2	0	0	0	
		Santa Fé do Sul	45.421		2	0	1	10	
		São José do Rio Preto	698.625	1	15	2	2	20	
RRAS 13	ARARAQUARA	Votuporanga	192.151	1	2	0	0	0	
		Central do DRS III	307.696	1	11	1	1	10	
		Centro Oeste do DRS III	140.077		2	0	0	0	
		Coração do DRS III	379.870		13	1	0	0	
	BARRETOS	Norte do DRS III	150.750		0	0	0	0	
		Norte-Barretos	279.690		10	1	0	0	
		Sul-Barretos	142.711		5	1	0	0	
	FRANCA	Alta Anhanguera	157.117		8	1	0	0	
		Alta Mogiana	120.698		21	2	0	0	
		Três Colinas	409.706	1	67	7	0	0	
	RIBEIRÃO PRETO	Aquífero Guarani	887.827	2	38	4	29	290	
Horizonte Verde		427.071		11	1	1	10		
Vale Das Cachoeiras		134.854		7	1	0	0		
RRAS 14	PIRACICABA	Araras	332.036	1	36	4	3	30	
		Limeira	358.839		20	2	0	0	
		Piracicaba	568.061		29	3	1	10	
		Rio Claro	256.371	1	10	1	1	10	
RRAS 15	SÃO JOÃO DA BOA VISTA	Baixa Mogiana	317.849	1	52	5	6	60	
		Mantiqueira	274.433	2	35	4	5	50	
		Rio Pardo	210.752	1	39	4	13	130	
RRAS 16	CAMPINAS	Circuito das Águas	129.549	1	5	1	1	10	
		Reg. Metrop. Campinas	3.103.552	2	91	9	23	230	
		Bragança	452.906		22	2	1	10	
RRAS 17	TAUBATÉ	Jundiaí	778.691		29	3	3	30	
		Alto Vale do Paraíba	1.061.833	1	26	3	12	120	
		Circuito da Fé - V. Histórico	467.487		18	2	3	30	
		Litoral Norte	317.121		3	0	0	0	
17 DRS			63 RAPS	43.993.159	31	1.404	140	334	3.340

Na última e recente atualização do censo de moradores (feita no início de 2019) voltada ao planejamento da desinstitucionalização e às discussões do GCE, para a perplexidade geral, foram identificados 215 novos moradores num intervalo de seis meses (marca superior em comparação a anos anteriores). Uma fala que comumente circula na equipe da assessoria técnica da saúde mental na SES e também no GCE é que, do ponto de vista da desinstitucionalização, enquanto os hospitais psiquiátricos continuarem a existir, “estaremos enxugando gelo” (sic). Tem situações que se compreende essa afirmação. Caso se confirme como tendência, continuaremos a produzir novos moradores em hospitais psiquiátricos, algo indefensável sob qualquer ponto de vista.

2 - Considerações, a partir dos dados produzidos, acerca da nota técnica n. 11/2019: “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”

Sobre a nota técnica com esclarecimentos que versam sobre uma suposta nova Política Nacional de Saúde Mental, o que se pode dizer é que desde a entrada de outra coordenação em saúde mental do Ministério da Saúde, em 2017, já se tinha observado certa indução do que aparece nesse texto. A diferença é que com sua publicação no site do Ministério da Saúde, retirada em pouco tempo do ar por algum revés diante da polêmica suscitada,¹⁴³ houve um posicionamento mais explícito das pretensões dessa “nova” política. Destaca-se quatro itens (entre tantos outros) que a nota indicou de polêmico em contraposição às diretrizes preconizadas até meados de 2016, sendo o maior foco a questão da hospitalização:

Item 1: Ênfase no reinvestimento de leitos em hospitais psiquiátricos no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

¹⁴³ Contudo, foi publicada no site do Ministério do Desenvolvimento Social / da Cidadania, em 02/09/2019, indicada como referência da política, permanecendo dessa forma até a finalização da pesquisa.

Em 2017 foram oficializadas mudanças na estrutura da RAPS por meio da Portaria GM/MS n. 3.588,¹⁴⁴ com a inserção de modalidades de serviços, entre outras propostas, que na ocasião de sua publicação já gerou críticas de pessoas e grupos identificados com o movimento da reforma psiquiátrica, devido principalmente ao incentivo aos hospitais psiquiátricos.

Até a antepenúltima coordenação ministerial (de 2016), a política incentivava leitos em hospitais gerais e reforçava a necessidade do fechamento de hospitais psiquiátricos. Também procurava extinguir esse leito e garantir a transferência da dotação orçamentária dele (conhecida como Autorização de Internação Hospitalar - AIH) ao município que recebia moradores egressos desses locais, para auxiliar no custeio da RT e no investimento à RAPS. Ao longo da implantação dessa política acrescentou-se outra retaguarda, como os leitos de acolhimento noturno criados nos CAPS modalidade III (com 24 horas de funcionamento). Tal medida é bem interessante porque, diante de algum agravamento do quadro ou situação de crise de um usuário do serviço, a pessoa fica em observação no lugar em que é acompanhada e onde geralmente já tem algum vínculo estabelecido com a equipe da unidade.

Como a RAPS é muito ampla e contempla uma gama de serviços bem diversificados, para além dos hospitais psiquiátricos e ambulatorios, essa nota técnica causou muita perplexidade. O eixo argumentativo do texto gira em torno das consequências da falta de leitos e do fechamento dos hospitais psiquiátricos, como se não fosse possível substituí-los por meio de uma lógica e rede assistencial mais ampla e diferenciada, tal como os demais serviços indicam. E isso é questionável, visto que o modelo de caráter hospitalocêntrico e asilar não se mostrou resolutivo no passado. Ao contrário, na época do auge desses estabelecimentos chegou-se a contabilizar a oferta de quase 90.000 leitos para internações

¹⁴⁴ Tal mudança ocorreu de maneira abrupta, no final do ano, com encaminhamento e aprovação na CIT, sem abertura para uma discussão mais ampliada entre as distintas representações que compõem essa dimensão (como usuários e profissionais da rede, gestores locais e estaduais, acadêmicos, entre outros). Como foi uma decisão aprovada nessa instância, ela prevaleceu, apesar de inúmeros protestos e mobilizações sociais ocorridos com o resultado da reunião e a publicação da portaria.

excessivamente prolongadas, sem regulação e com pouca possibilidade de saída. Sem considerar o fator mais grave desse momento, que foram as situações denunciadas de privação de liberdade, maus tratos, violências e óbitos, fato que legitima a afirmação de que o elevado número de leitos não foi sinônimo de qualidade. Aliás, mesmo com todas as carências da atual rede, ela já se mostrou mais efetiva do que o tratamento de antigamente. Com menos, fizeram mais, evitando inclusive internações por vezes desnecessárias ou que poderiam se prolongar por tempo indeterminado. A penúltima coordenação ministerial que ficou até fevereiro de 2019, era tenaz nas críticas à reforma psiquiátrica e nas ações realizadas das gestões anteriores, embora procurasse enaltecer a RAPS, enfatizando a sua importância.

Em particular, desperta a atenção na nota técnica uma crítica que questiona o parâmetro vigente de cálculo de leitos psiquiátricos, conforme a citação a seguir:

Vale lembrar que o Ministério da Saúde recomenda 1 leito para cada 2,2 mil habitantes, tendo como base a Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002 (0,45 leito por 1.000 habitantes). Tal norma foi transcrita na portaria GM/MS 3088/2011 e consolidada com erro matemático grosseiro, ao transformar 0,45/1.000 em 1/23.000 habitantes.”¹⁴⁵ (p. 23, grifo nosso)

Essa citação sugere outro parâmetro que aumenta praticamente 10 vezes o cálculo. A partir dessas duas referências e utilizando os dados de estimativa do IBGE de 2019 sobre a população do país e do Estado de São Paulo, teríamos o seguinte cálculo:¹⁴⁶

Quadro 3.

Cálculo de leitos em psiquiatria	Brasil	São Paulo
População estimada 2019	210.147.125	45.919.049
Necessidade de leitos psiquiátricos em 1/23.000 habitantes	9.137	1.996
Necessidade de leitos psiquiátricos em 1/2.200 habitantes (proposta da nota técnica)	95.521	20.872

¹⁴⁵ Há outro trecho com crítica similar na nota.

¹⁴⁶ Foi incluído os dados do Estado de São Paulo, universo dessa pesquisa, para demonstrar posteriormente mais um problema relacionado com esse tema dos leitos e dos hospitais psiquiátricos.

Com o objetivo de aprofundar melhor essa questão é importante relacionar essas estimativas com os dados sobre leitos de internação disponíveis no DATASUS (cadastrados no CNES), os gerais por modalidade de leito e os que estão diretamente relacionados à Saúde Mental e à Psiquiatria, tal como indicado no capítulo que discute as internações.

Como já graficamente apontado (conferir páginas 149-151), a primeira observação a fazer é que não se pode esquecer que leito de psiquiatria não é a única prioridade da Saúde. A necessidade desse tipo de leito concorre com as de outros tipos e especialidades, que também tem suas carências. Então, é preciso ter, acima de tudo, um equilíbrio entre essas necessidades, inclusive do que foi até agora possível implantar no SUS, pois o recurso é finito e cada vez mais escasso. E os insumos, equipamentos e demais tecnologias em saúde, inversamente, encarecem dia após dia.

Quando se associa esses dados com a necessidade de cobertura de leitos indicada na base proposta pela nota técnica (1/2.200), chega-se à conclusão que esse montante equivaleria a 26,3% do total de leitos SUS. Não parece uma distribuição equilibrada e nem tampouco é exequível uma quantia tão elevada, equivalente a quase 30% dos leitos em geral e que desconsidera a proporcionalidade que deve existir em relação aos demais tipos de leitos SUS.

Em termos da comparação entre o total de leitos em saúde mental / psiquiatria e a estimativa de 1 leito para cada 23.000 habitantes, o total de leitos existentes fica acima do estimado em 3,1 vezes no Brasil e em 3,9 vezes no Estado de São Paulo. Na nova estimativa proposta de 1/2.200 ocorreria déficit de cerca de 70% de leitos no Brasil e de 60% em São Paulo. Ou seja, pelo parâmetro vigente pode-se argumentar em defesa da redução dos leitos, visto que a quantidade de leitos existentes supera ao esperado (e talvez porque também indicasse a necessidade de fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, até então preconizado pela política). Contraditoriamente, algo inverso ocorre na estimativa proposta pela nota técnica. Neste cálculo, surge um déficit significativo que sinaliza a necessidade de

aumento de leitos até um patamar próximo ao que existia antes da reforma psiquiátrica (cerca de 100.000 leitos), um incentivo que gera o risco de retrocedermos ao passado.

Se for para enveredar por essa discussão até seria possível rever algo dessa base de cálculo por meio de estudos mais precisos de parâmetros, contudo, essa análise deveria partir do que seria exequível. E isso precisa ser contextualizado. Com a necessidade de se pensar numa taxa relacionada com dados epidemiológicos sobre a prevalência de transtornos mentais graves (as que poderiam demandar internação), incluir algo associado ao tempo de internação (leito ocupado) e recorte populacional mais preciso, por exemplo, da população adulta. Provavelmente, parte dessa discussão e estudo foi feito na base de 1/23.000 habitantes, conforme aponta a Portaria nº 1.631, de outubro de 2015 que faz referência à Portaria 148/2012 (dispõe sobre funcionamento e habilitação de serviço hospitalar). E tal parâmetro, que está vigente, deixa claro o estímulo de leitos em hospitais gerais e a inibição ou, em último caso, a restrição de 30 leitos para serviço especializado. Situações com leitos acima dessa quantia deveriam ser consideradas excepcionais.

A Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002 – que indica a base de 1/2.200) –, foi inclusive revogada. E se observarmos a sua data, ela foi publicada menos de um ano após a promulgação da lei 10.216, da reforma psiquiátrica, num momento ainda bem inicial de implantação dos serviços de saúde mental de base territorial, considerados substitutivos aos hospitais psiquiátricos, apesar da crítica feita na nota técnica. Há até uma menção nesse documento que apontava a necessidade de rever esse parâmetro com a expansão de outros serviços extra-hospitalares.

Além disso, é importante ressaltar que todos os hospitais psiquiátricos que existem apresentam número elevado de leitos (acima de 30) porque fazem parte de um passado que não se extinguiu. E, até então, foram tratados como excepcionalidade a ser resolvida, embora na realidade acabem por ser mais regra do que exceção. Nos últimos 30 anos, ao menos foram

poucas as unidades psiquiátricas novas com leitos acima de 30, mas é bom lembrar que acabam surgindo outras, de tipo distinto. Elas retornam atualizadas, com novas roupagens e apelos, como é o caso dos leitos especializados¹⁴⁷ e as comunidades terapêuticas, hoje destinadas à população que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Nessa discussão também seria fundamental incluir algo diferenciado para crianças e adolescentes, citando outra polêmica da nota técnica que chegou a recomendar internação dessa população em hospitais psiquiátricos. Aliás, isso possivelmente tem acontecido na prática (tal como indica o último relatório de inspeção dos hospitais psiquiátricos publicado em 2019 pelo Conselho Federal de Psicologia). Não foi por acaso que no Estado de São Paulo saiu uma nota técnica com orientações para evitar esse tipo de medida (Conferir Deliberação CIB n. 118, de 21/12/2018). Afinal, crianças e adolescentes podem e devem ser atendidos em leitos de pediatria e/ou de hebiatria (esses são mais raros e, de modo geral, há alguns serviços que aceitam menores de idade, mesmo adolescentes), com o suporte técnico da psiquiatria quando necessário, respeitando-se as particularidades e direitos desse grupo populacional tal como está preconizado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). E é importante ressaltar que menores de idade até 18 anos tem direito a um acompanhante em tempo integral, cabendo ao estabelecimento de saúde fornecer as condições necessárias para garantir sua presença (Conforme Art. 12 da Lei 8.069/90 - ECA), em qualquer tipo de internação, inclusive a psiquiátrica.

Na radicalidade dessa análise dos leitos, a própria psiquiatria poderia ser absorvida pelos leitos em clínica médica porque o tipo de leito não difere do que seria o clínico genérico para justificar algo especializado, pois não requer aparatos como aparelhos e procedimentos específicos ou mais complexos (para além do viés comportamental, no caso de pacientes por vezes agitados e ruidosos, possível origem argumentativa para a necessidade dessa

¹⁴⁷ Vide a condição do Hospital Lacan que chegou a ser fechado e foi reaberto. E as discussões atuais de mudança da estrutura dos hospitais psiquiátricos para cuidados prolongados.

especialidade). Esse texto sequer se debruça nos efeitos iatrogênicos da hospitalização, outro aspecto fundamental a ser refletido.

Em continuidade a essa discussão, aponta-se outra complexa realidade, agora utilizando como exemplo o Estado de São Paulo. Diante de todos esses dados, que ainda requerem uma análise mais minuciosa, é preciso nos determos mais sobre as complexidades da RAPS antes de assumirmos certos posicionamentos, afirmações e decisões. Adota-se a referência de São Paulo por ser objeto de pesquisa de doutorado da autora, mas também porque é a região mais populosa do país e de forte relevância econômica, o que pode ser uma fonte interessante.

Apesar dos imensos esforços na implantação da rede substitutiva, é preciso admitir que ao longo desses anos continuou havendo um número expressivo de leitos em hospitais psiquiátricos. Eles foram melhorados e reduzidos e, nesse sentido, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria foi de imensa importância, apesar do questionamento de sua qualidade técnica e continuidade pela coordenação nacional de saúde mental (a partir de 2017). Contudo, as dificuldades para pactuar e investir em leitos de saúde mental / psiquiatria nos hospitais gerais sempre estiveram presentes, impedindo a mudança desse cenário de forma mais consistente. Para além dos jogos políticos e de interesse de entidades corporativas que sustentam os hospitais psiquiátricos, há uma dupla resistência nessa situação: de um lado os hospitais psiquiátricos não querem fechar e, de outro, os hospitais gerais se negam ou tem dificuldades para abrir leitos em saúde mental, em parte porque sabem da existência e uso dos hospitais psiquiátricos.

O quadro abaixo traduz bem essa situação. Ele indica todos os hospitais com 50 ou mais leitos SUS de psiquiatria no Estado de São Paulo. Com o argumento da necessidade de estabelecimentos especializados e do ganho de escala (número elevado de leitos e pessoas atendidas para justificar seu investimento), eles se constituíram como grandes estruturas

hospitalares desde os primórdios de sua história. Há até um caso de uma unidade que possui 500 leitos SUS¹⁴⁸, o tamanho de um hospital de grande porte com muitas especialidades. Segue abaixo o quadro com a relação dessas unidades:

Quadro 4. Relação de hospitais psiquiátricos com 50 ou mais leitos no Estado de São Paulo

RRAS	DRS	CIR	Município	Natureza	Estabelecimento	Leito SUS Psiquiatria (+ crônicos)*
RRAS01	DRS I - Grande São Paulo	Grande ABC	São Bernardo do Campo	Privada/OSS - Estadual	HOSPITAL LACAN	192
RRAS03		Franco da Rocha	Franco da Rocha	Pública - Estadual	COMPLEXO HOSPITALAR JUQUERY FRANCO DA ROCHA	251
RRAS06		São Paulo	São Paulo	Pública - Estadual	CAISM DR DAVID CAPISTRANO DA COSTA FILHO DA AGUA FUNDA SP	130
				Pública - Estadual	CAISM PHILIPPE PINEL SAO PAULO	136
RRAS09	DRS VI - Bauru	Jau	Jau	Filantrópica espírita - Estadual	HOSPITAL TEREZA PERLATTI JAU	210
		Lins	Lins	Pública - Estadual	CAIS CLEMENTE FERREIRA DE LINS	296
		Polo Cuesta	Botucatu	Pública - Estadual	CAIS CANTIDIO DE MOURA CAMPOS	80
RRAS10	DRS IX - Marília	Adamantina	Adamantina	Filantrópica espírita - Estadual	CLINICA NOSSO LAR ADAMANTINA	144
		Marília	Garça	Filantrópica espírita - Estadual	HOSPITAL PSIQUIATRICO ANDRE LUIZ	213
			Marília	Filantrópica espírita - Estadual	HOSPITAL ESPIRITA DE MARILIA	142
RRAS11	DRS XI - P. Prudente	Alta Soro-cabana	Presidente Prudente	Filantrópica espírita - Estadual	HOSPITAL PSIQUIATRICO ESPIRITA BEZERRA DE MENEZES	160
RRAS12	DRS II - Araçatuba	Consortios do DRS II	Penápolis	Filantrópica espírita - Municipal	HOSPITAL ESPIRITA JOÃO MARCHESI	60
	DRS XV - SJ Rio Preto	Catanduva	Catanduva	Filantrópica espírita - Municipal	HOSPITAL PSIQUIATRICO MAHATMA GANDHI	138
		Sao José do Rio Preto	São José do Rio Preto	Filantrópica espírita - Estadual	HOSPITAL BEZERRA DE MENEZES	160
RRAS13	DRS VIII - Franca	Tres Colinas	Franca	Filantrópica espírita - Municipal	HOSPITAL PSIQUIATRICO ALLAN KARDEC	200
	DRS XIII - Ribeirão Preto	Aquifero Guarani	Ribeirão Preto	Pública - Estadual	HOSPITAL SANTA TEREZA DE RIBEIRAO PRETO	280
			Santa Rita do Passa Quatro	Pública - Estadual	CAIS CENTRO ATENCAO INTEGRAL SAUDE	260
RRAS14	DRS X - Piracicaba	Araras	Araras	Filantrópica espírita - Estadual	CLINICA SAYAO ARARAS	162
		Rio Claro	Rio Claro	Filantrópica espírita - Estadual	BEZERRA DE MENEZES RIO CLARO	100
RRAS15	DRS XIV - São João da Boa Vista	Baixa Mogiana	Itapira	Filantrópica espírita - Estadual	INSTITUTO AMERICO BAIRRAL DE PSIQUIATRIA	500
		Mantiqueira	Espírito Santo do Pinhal	Privada - Estadual	CLINICA DE REPOUSO SANTA ROSA	50
				Filantrópica espírita - Estadual	INSTITUTO BEZERRA DE MENEZES	266
		Rio Pardo	Casa Branca	Pública - Estadual	CENTRO DE REABILITACAO DE CASA BRANCA	320
	DRS VII - Campinas	Circuito das Águas	Amparo	Filantrópica espírita - Municipal	CLINICA FAZENDA PALMEIRAS	160
		Regiao Metropolitana Campinas	Americana	Filantrópica espírita - Municipal	SEARA HOSPITAL PSIQUIATRICO	94
			Indaiatuba	Filantrópica (s.d.) - Estadual	IRPSI	69
RRAS17	DRS XVII - Taubaté	Alto Vale do Paraíba	São José dos Campos	Filantrópica espírita - Municipal	CVV FRANCISCA JULIA	147
*50 ou mais leitos SUS de psiquiatria					27 hospitais	4.920

Fonte CNES / DATASUS

* Foram incluídos os leitos de crônicos que também fazem parte das unidades elencadas para detalhar seu cadastro integral de leitos.

¹⁴⁸ Se somar com os leitos não-SUS a unidade chega a pouco mais que 800 leitos.

Dessas 27 unidades, 22 possuem 100 ou mais leitos. Esse total de leitos (N=4.920) equivale a cerca de 67,7% do total do Estado (cadastrados no CNES). Parte do que restou, 21,1% (N=1.536), divide-se da seguinte forma: 13,6% de leitos em hospitais gerais e 7,5% de leitos de acolhimento noturno em CAPS III. Portanto, os leitos não são poucos e o maior percentual, preponderante, continua em hospitais psiquiátricos, que tem assumido leitos de quadros agudos e direcionados à população que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas em algumas regiões.¹⁴⁹

Conforme já apontado, os hospitais psiquiátricos, embora reformados, são estabelecimentos de grande porte, restritivos, isolados e geralmente situados fora de centros urbanos. Devido a essas características é provável a oferta de estratégias de cuidado menos singularizadas. Do que foi escutado e refletido das histórias passadas nos antigos manicômios e dessa grande dívida social que se tem com os moradores de hospitais psiquiátricos, chega-se à hipótese de que quanto maior, mais distante e mais isolada uma instituição é ou fica, mais vulnerável está às violências. Afinal, trata-se de um locus de funcionamento que facilita essa triste “contaminação”. A violência tem muitos atrativos, infelizmente: o primeiro deles, o do poder de subjugar o outro. Também é permeada por inúmeras ambivalências, de difícil identificação, pois costuma surgir em meio ao entrelaçamento de histórias de convivência e de locus de cuidado. Não é estarrecedor pensar que a maioria dos casos de violência acontece por meio de pessoas próximas, geralmente em núcleos familiares ou comunitários?¹⁵⁰ Ora e outra

¹⁴⁹ É possível que esteja ocorrendo um aumento expressivo de leitos destinados a esse segmento.

¹⁵⁰ Esses dados, também observados em pesquisas, frequentemente aparecem em notícias da mídia jornalística que denunciam esses problemas. A título de exemplo abaixo elencam-se algumas informações: Segundo o Atlas da Violência de 2018, as crianças são as maiores vítimas de estupro no Brasil. Dos 22.918 casos de estupro registrados pelo SUS (Sistema Único de Saúde) em 2016, 68% das vítimas eram menores de idade. As violações a menores de 13 anos somam 50,9%, outros 27% são entre 14 e 17 anos e maiores de idade representam 32,1% desse tipo de caso. Quase 30% dos casos de estupro contra crianças são cometidos por familiares próximos, como pais, irmãos, tios e padrastos. Na fase adolescente e adulta, prevalecem casos com autor desconhecido (32,50% e 53,52%, respectivamente). Quando a vítima conhece seu agressor, na maioria das vezes (54,9%) ela já havia sido vítima antes. No caso de autor desconhecido, o percentual cai para 13,9%. Pessoas com deficiências também são alvos. Cerca de 10,3% das vítimas de estupro possuíam alguma deficiência, sendo 31,1% desses casos deficiência mental e 29,6% transtorno mental. Também há subnotificação

ocorrem denúncias de estabelecimentos e/ou com expoentes religiosos. E também em serviços de cuidado, assistenciais e de saúde. Por que será? Como exemplo cita-se o recente relatório de inspeção de hospitais psiquiátricos que mais uma vez testemunha as más condições e a forma como esses estabelecimentos ferem princípios básicos dos direitos humanos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

Há, evidentemente, alguma exceção em hospitais psiquiátricos. Mas não é a regra. E geralmente são serviços localizados em municípios maiores, dentro da cidade e vinculados a alguma instituição de ensino de renome. Eles são mais arejados pelo agito da cidade e pelo universo acadêmico. Ainda assim, convivem com os riscos das paredes e dos muros.

Além desse problema do excesso de leitos de hospitais psiquiátricos em detrimento aos leitos que poderiam estar nos hospitais gerais, a distribuição desses leitos não acontece de forma equilibrada, tal como também apontado no capítulo sobre as internações. Os dados indicaram que enquanto há regiões que concentram número elevado de leitos, em outras esse tipo de retaguarda diminui. Assim como haveria melhor distribuição se fosse possível contar com mais hospitais gerais (pelo maior número existente desses equipamentos distribuídos nos territórios), em comparação aos hospitais psiquiátricos que ficam concentrados em algumas regiões.

Em termos de fluxo de atendimento, o que acontece na prática, dependendo da região e da ausência de outros serviços de retaguarda, é o encaminhamento dos casos que carecem de internação para um serviço distante da residência da pessoa e/ou de seus familiares e dos

dos dados. Em correlação com as bases da Segurança Pública, os dados mais que dobram e também há subnotificação.

Além desses dados, o Atlas também indica que em 2016, 4.645 mulheres foram assassinadas no Brasil – um total de 4,5 mulheres mortas a cada 100 mil brasileiras. A maioria das vítimas eram mulheres negras. A taxa de homicídio foi de 5,3 a cada 100 mil mulheres negras; e de 3,1 a cada 100 mil mulheres brancas. Uma diferença que chega a 71% entre as raças – e que evidencia os impactos das desigualdades raciais do País. Nos 10 anos de análise (de 2006 a 2016), enquanto o país matou menos mulheres brancas (queda de 8%), cresceram os homicídios entre as mulheres negras (aumento de 15,4%).

O documento também indica o problema do racismo existente no país. Em uma década, de 2006 a 2016, a taxa de homicídios da população negra em geral (homens e mulheres) cresceu 23,1%. No mesmo período, a taxa entre os não negros teve uma redução de 6,8%.

serviços locais que costumam acompanhá-los, o que dificulta ou impede o contato com sua rede de apoio. E esse distanciamento e isolamento não costuma ajudar no tratamento. No Censo Psicossocial (CAYRES e col., 2014) identificou-se que quanto mais tempo a pessoa ficava internada, maior era a perda de contato que ela tinha de seus vínculos familiares e sociais. As visitas, pela distância e dificuldades de deslocamento, ficavam cada vez mais espaçadas até se extinguirem. Há também aquelas situações sem nenhum respaldo familiar e social, mas o tempo de internação (em anos) mostrou-se o fator mais preponderante na perda dos vínculos.

Nesse censo, inclusive, observou-se a presença de novos moradores de hospitais psiquiátricos, um dado inesperado e preocupante, que faz refletir sobre a ausência de mecanismos que possam melhor acompanhar e monitorar as internações, principalmente em hospitais psiquiátricos, o que dificulta a garantia enfatizada na nota técnica referente à brevidade das internações. Aliás, quando se assegura um financiamento, ainda que num valor menor, para internações acima de 90 dias, abre-se a possibilidade para internações prolongadas (Conferir Portaria GM/MS 2.434/2018). Mais uma contradição frente ao suposto incentivo às internações breves. Além disso, é provável que internações sejam mais breves em hospitais gerais em comparação com os hospitais psiquiátricos (o giro do leito em Hospital Geral é diferente, por ser essa vaga uma necessidade praticamente diária). Seria interessante tentar fazer esse levantamento por meio de algum sistema de regulação, como existe no Estado de São Paulo, a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde – CROSS.

Também é de difícil mapeamento o fenômeno da porta giratória. Ouve-se muitas histórias de pessoas que recebem alta e são reinternadas em seguida ou em período próximo a da última internação. Tem um longo histórico “invisível” das internações. É uma forma de “burlar” a recomendação de até 90 dias de internação (que inclusive repassa valor menor depois desse prazo). Se fizéssemos uma somatória desses diferentes períodos, observaríamos

que o tempo de internação é superior ao recomendado e indica que os serviços envolvidos estão sendo pouco resolutivos e com precário funcionamento em rede.¹⁵¹ Situações de crise e de quadros agudos tenderiam a ser transitórias, poderiam ser cuidadas em outros serviços, como os CAPS, mas nessas circunstâncias passam a ser permanentes, elevando o risco de se estabelecer novos “moradores” em hospitais psiquiátricos.

A RAPS (em sua versão original de 2011) foi concebida, em parte, para dar conta desse problema. Para criar condições mais favoráveis de tratamento e o mais próximo possível do território, da comunidade, da rede social da pessoa que precisa de cuidados. Mas, para isso acontecer de forma efetiva, ela carece de contínuos investimentos para ter mais capilaridade em seu raio regional de ação. Se uma internação nos moldes citados acontece, não parece ser por falta de leitos, mas talvez por falta de investimentos mais equânimes e com prioridades às lacunas de retaguarda existentes nos demais pontos de atenção e serviços previstos na RAPS. Para essa capilarização ocorrer, a RAPS depende muito mais da Atenção Básica, dos NASF, dos CAPS e de Hospitais Gerais de retaguarda do que de grandes hospitais psiquiátricos que ficam distantes e tendem a se isolar. Mas quando o Ministério da Saúde (e agora o Ministério do Desenvolvimento Social / da Cidadania) explicita sua campanha de apoio aos hospitais psiquiátricos, por meio de melhora em seus investimentos para esse segmento (houve aumento no valor pago pelas internações em hospitais psiquiátricos), e dificultando os mecanismos de inibição (transferência da AIH ao município e a possível descontinuidade do PNASH) criados para conter ou fechar esses hospitais, prejudica os investimentos nos serviços substitutivos da RAPS, numa postura menos solidária e até de boicote, sugerindo qual indução da política que pretende fazer.

¹⁵¹ Seria interessante levantar dados de tempo de internação em psiquiatria na saúde suplementar e compara-los com os dados de internação pelo SUS, inclusive dos hospitais conveniados que mantém uma dupla porta de entrada. Há que se considerar que, devido aos custos, possivelmente ocorra maior controle dos casos de internação pelos planos de saúde, o que pode torna-los mais breves.

O nível local, dos municípios, tem muitas carências e dificuldades para organizar e inserir suas propostas e produções de serviços nos sistemas previstos no SUS. Às vezes, por falta de orientação ou de capacidade técnica. Anteriormente havia uma posição mais solidária do ente federal, o maior detentor da verba de incentivo, para fornecer apoio e esclarecimentos a esses processos. Desde a entrada da nova coordenação ministerial, em 2017, há uma postura difamatória e de desqualificação do que foi feito nas gestões anteriores, com a apresentação de uma série de dados e pendências, sem fazer uma análise mais qualitativa, de caso a caso, inclusive dessas dificuldades dos municípios. A nota faz uma referência a isso:

Foram identificados incentivos financeiros que não foram utilizados para criação de novos serviços, subnotificação de atendimentos, baixa ocupação de leitos em hospitais gerais (menos de 15%)¹⁵², irregularidades na avaliação de hospitais psiquiátricos especializados pelo PNASH, denúncias de violação de direitos em SRTs, pacientes que já faleceram recebendo benefícios, obras financiadas e não-executadas, serviços inexistentes recebendo financiamento, inconformidades na prestação de contas em convênios realizados com o Ministério da Saúde, ausência de equipe mínima em um quinto dos CAPS, bem como baixas taxas de matriciamento e atendimento à crise realizados nesses Serviços. (p.5).

Além da falta de reconhecimento aos esforços feitos pelas gestões anteriores, a citação exemplifica a postura autoritária, fechada e punitiva adotada por essa gestão, com corte de recursos diante de quaisquer pendências, algumas delas originadas dentro do próprio Ministério da Saúde, sem demonstrar disposição para o apoio e o diálogo. No final de 2017, o MS publicou duas Portarias (a 3.659 de 14/11/2018 e a 3.718 de 23/11/2018) que suspenderam o repasse financeiro destinado ao incentivo e custeio mensal de parte dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Residências Terapêuticas - RT, Unidades de Acolhimento – UA e Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais no país, sob a alegação da ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação SUS em uma das portarias e a outra sobre a não implantação do serviço com indicação de devolução do recurso. Salvo

¹⁵² Em tempo, a taxa de ocupação de leitos de psiquiatria em hospital geral são elevadas no Estado de São Paulo, chegando a ultrapassar 100% em alguns casos. Para essa informação, seria necessário a apresentação de dados mais detalhados, como número de unidades, quantidades de leitos, existência de algum problema de pendência ou no registro da informação e, por fim, memória de cálculo.

raríssimos casos em que a acusação procede e o serviço não apresenta justificativas, ele deveria de fato ser suspenso e/ou o recurso devolvido. Todavia a maioria das pendências seria resolvida por meio de sua verificação, do apoio técnico e da negociação de prazo para a sua regularização, como era feito em gestões anteriores. Depois da má repercussão na mídia, na academia e em outras instituições representativas, essas portarias foram suspensas.

Contudo, de acordo com levantamento realizado no final do ano e apresentado pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo - COSEMS-SP às instâncias técnicas do Estado, ainda há pendência no pagamento de recursos em cerca de 80 CAPS e 130 RTs que há algum tempo já estão em funcionamento e em processo de habilitação. E estamos falando de um universo de cerca de 530 CAPS e 330 RTs no Estado de São Paulo, equivalente a aproximadamente 15% de CAPS e de 39% de RTs. Uma parcela dessas unidades, apesar de uma série de manifestações oficiais enviadas pelos municípios e demais órgãos (CIB São Paulo, COSEMS, Ministério Público), segue sem o recebimento desse recurso.

O Estado de São Paulo possui grandes diferenças regionais e, conseqüentemente, vazios assistenciais, sendo que com esse atual cenário de crise econômica e política, o ritmo da expansão da RAPS já tem sofrido os efeitos disso. Boa parte dos serviços de saúde, a exemplo dos CAPS e das RTs, depende dos municípios, a maioria destes sobrecarregados por conta do aumento nas despesas, da falta de correções nos repasses previstos entre entes federados e das quedas na arrecadação. Com essa postura fechada do MS a tendência é inibir tal expansão. Contudo, percebe-se também certa escolha de investimento como prioridade, que foram, por exemplo, nos leitos de hospitais psiquiátricos,¹⁵³ com o reajuste do valor pago nas internações, em detrimento a incentivos de serviços como CAPS, RT e NASF, com

¹⁵³ Acrescido das comunidades terapêuticas, atualmente sob gestão do MDS.

postura pouco colaborativa, postergando processos de habilitação.¹⁵⁴ Há até tentativas de induzir novas propostas, como as equipes ambulatoriais (Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental - AMENT), que ainda dividem opiniões técnicas, com indicações explícitas nos pareceres expedidos pelo Ministério da Saúde.

Esses são os dados de São Paulo, contudo talvez haja alguma similaridade em comparação a outras regiões do Brasil. É possível levantar essas informações nos sistemas disponíveis, para se ter uma ideia do cenário real desse braço da assistência. Aliás, até 2016 existia uma ótima publicação, o “Saúde Mental em Dados”, que fornecia um retrato bem interessante e honesto da expansão e dos desafios da RAPS. Mas, atualmente, ela está suspensa.

Embora exista a lei 10.216/2001, que assegura os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, há muitas brechas. A lei recomenda a inibição das internações e da existência dos hospitais psiquiátricos (São direitos das pessoas, conforme Item IX do Art 2º. “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” e Art. 4º “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”). Por outro lado, também indica as modalidades de internação (voluntária, involuntária e compulsória), seu fluxo e situações em que ela é permitida. Em seu título fala do redirecionamento do modelo assistencial de saúde mental, mas não explicita sua forma e nem exclui os hospitais psiquiátricos, exceto serviços de características “asilares” (“Art. 4º. § 3º-É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.”). Os desdobramentos da lei e das diretrizes da política nacional de saúde mental aparecem somente nas portarias ministeriais subsequentes que adotaram o

¹⁵⁴ Inclusive, em 2019-2020, o SAIPS esteve fechado para novos pedidos de implantação de serviços.

termo “substitutivo”. De fato, a lei não fala em rede e serviços substitutivos. São as produções oficiais posteriores a ela que versam a esse respeito. Infelizmente, brechas desse tipo dão margem a distintas interpretações. E, claro, todas em nome da lei.

E, para finalizar esse item, ressalta-se que o problema da institucionalização se espalha por outros grupos invisíveis ou vulneráveis, como nos serviços destinados ao atendimento de casos graves, considerados incapacitantes, de quadros de deficiência mental, transtornos do espectro autista e doenças senis, neurológicas e/ou degenerativas, que requerem cuidados especializados. Também é possível identificar isso nos dados levantados. Veja alguns exemplos tirados dos leitos de crônicos do Estado de São Paulo:

Quadro5. Exemplos de entidades filantrópicas com leitos para casos de deficiência grave e neurológicos

Estabelecimento	Município	Leitos SUS
ASSOCIACAO DE AMPARO AO EXCEPCIONAL RITINHA PRATES	ARACATUBA	60
CASAS ANDRE LUIZ GUARULHOS	GUARULHOS	600
CEDEME CENTRO DESENVOLV PORTADOR DEFICIENCIA MENTAL ITU	ITU	175
HOSPITAL DR FRANCISCO RIBEIRO ARANTES ITU	ITU	100
HOSPITAL GERIATRICO E DE CONVALESCENTES D PEDRO II	SAO PAULO	439
CASA DE DAVID SAO PAULO	SAO PAULO	265
ASSOC CRUZ VERDE	SAO PAULO	204
CASA DA CRIANCA DE TUPA	TUPA	220

E isso, sem considerar os estabelecimentos que estão conveniados pela Assistência Social. Vale o alerta, lembrando inclusive que estamos numa transição demográfica, com a curva do envelhecimento populacional em crescimento. Já é possível observar o fenômeno da institucionalização de idosos, com a proliferação de clínicas e casas de repouso. E talvez sem uma política robusta que forneça diretrizes técnicas e acompanhe de perto esse fenômeno, no âmbito público e privado.

Esse problema da institucionalização relaciona-se também com a frágil linha argumentativa que especula o aumento da população de rua e da população carcerária, entre outras situações, devido à falta de leitos psiquiátricos. Não há exagero nessa afirmação, a julgar pelo modo como o texto coloca a questão:

Em contrapartida, houve migração considerável de doentes mentais graves para a população prisional, sendo as cadeias o maior manicômio do Brasil na atualidade. São estimados mais de 50.000 doentes mentais graves no cárcere (vide Andreoli, *et al.*, 2014 - "Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil". PLoS One, 9(2), e88836. doi:10.1371/journal.pone.0088836), questão que deverá ser abordada assertivamente pelas políticas de saúde mental e de saúde prisional. Tal cenário é fruto direto dos equívocos de fechamento de leitos psiquiátricos no Brasil, nas últimas duas décadas principalmente. Além do aumento do número de pacientes com transtornos mentais graves nos cárceres brasileiros, problemas na condução da antiga Política Nacional de Saúde Mental acabou concorrendo também para o aumento das taxas de suicídio, aumento de pacientes com transtornos mentais graves na condição de moradores de rua, aumento e proliferação das *cracolândias*, aumento da mortalidade de pacientes com transtornos mentais e dependência química, principalmente de crack, aumento do afastamento do trabalho de pacientes com transtornos mentais, superlotação de Serviços de Emergência com pacientes aguardando por vagas para internação psiquiátrica. (grifo nosso, p. 5)

Estarrecedora essa proposta de ampliar o escopo de atuação para essas populações, dando ênfase à internação (ou a ausência dela), sem considerar toda a complexidade que temas dessa envergadura implicam, a começar pela imensa desigualdade social que assola nosso país, entre tantos inúmeros problemas. Chega a lembrar o projeto de poder do alienista do início do século passado, voltada a controlar de forma higienista uma sociedade que enlouqueceu pela falta de leitos em hospitais psiquiátricos. Preocupante imaginar como ainda existem pessoas influentes, indutores de políticas, que continuam a pensar dessa forma e a querer tratar pessoas de maneira confinada, institucionalizada, em privação de liberdade e de direitos.

Cabe reconhecer as dificuldades de cuidado desses perfis de população e da forma como tais situações sobrecarregam as famílias. Mas talvez seja interessante refletir sobre outras formas de cuidado, mais singularizadas, menos massificadas, num molde similar ao das residências terapêuticas ou as residências inclusivas, como pequenas moradias acompanhadas por uma linha de cuidado própria e com o apoio de serviços em outros níveis assistenciais. O discurso da economicidade e do ganho de escala nem sempre é real, visto que seria possível a contratação de equipes menores para um cuidado mais específico e contar com as redes já existentes e demais equipamentos de outros setores. Seria importante realizar um estudo que

se detivesse sobre o impacto real, longitudinal e colateral, de uma mudança de modelo como essa no orçamento. Ao invés de continuar a investir cegamente, por pressão de grupos de interesses, em grandes estabelecimentos que, ao longo da história, geraram mais exclusão do que solução.

Item 2: Essa discussão também está diretamente associada ao recrudescimento nas políticas de tratamento do uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas (AD)

O tema do consumo e dependência de AD é bem complexo. Necessita de uma interface muito intersectorializada, algo que ainda é um gargalo na implementação das políticas públicas, somado aos desafios de suas especificidades. Os efeitos das desigualdades sociais e da pobreza costumam ser dos principais fatores de influência desse problema e interfere sobremaneira nas ações de cuidado. Esse tema inclusive trouxe uma reatualização de preconceitos, estigmas e exclusões sociais que vinham sendo melhor equacionados com os demais transtornos mentais.

Trata-se de um campo fronteiro com a Justiça (no caso das drogas ilícitas), que transita por aspectos ligados à ilegalidade e se soma a uma desconcertante visibilidade, a exemplo das cracolândias, que dificilmente passam despercebidas aos olhos da população, fazendo aumentar o incômodo, tanto quanto a sensação de insegurança. Com isso, a ideia de periculosidade volta com força e ações mais contundentes de repressão começam a ser exigidas pelas pessoas. É feita pouca distinção entre os que consomem e os que traficam as drogas, visto que ambos circulam o tempo todo no fluxo (fenômeno comum nas cracolândias). E o fluxo em si, como a própria palavra sugere, é muito dinâmico, há uma circulação constante de pessoas. Daí a importância dos consultórios na rua e de uma primeira abordagem que deve ser feita nesse lócus, assim como a oferta da estratégia da Redução de Danos. (RUI e col., 2016; KINOSHITA, 2019).

Uma parte da complexidade é que são pessoas que já fizeram um rompimento tão grande de seus laços e histórias sociais que propostas de trabalho numa vertente mais controlada, cerceadora ou repressora, dificilmente dão certo. É o que se vê quando ocorrem as operações policiais com encaminhamentos para internações, muitas realizadas de forma compulsória, visando a desintoxicação, e numa abordagem que se adota abruptamente a abstinência e o isolamento social. O fato é que as pessoas já perderam esse referencial de controle faz tempo. Há um funcionamento mais disruptivo e errático, mas que também mantem certos ritos, formas de organização e relações sociais. Por isso esse nome fluxo vem bem a calhar. Então, necessariamente é um trabalho permeado por muita sensibilização, convencimento, transitoriedade e recaídas.¹⁵⁵ Às vezes a religião funciona porque ela oferece uma espécie de troca de adicção. Mas não são em todos os casos que a estratégia da religião ou a da abstinência é efetiva e nem sempre se evitam também as recaídas ou abusos. (RUI e col., 2016).

Também é importante apontar que quando se aborda esse problema, muitos se orientam pelo sintoma e não propriamente pela causa, pela questão da saúde mental (ou, numa linguagem mais médica, no transtorno mental de base), além de outras fragilidades, incluídas as sociais, que culminaram na dependência da droga. É um fenômeno muito complexo que ainda requer o aprimoramento das técnicas de atuação. Por isso é interessante a adoção de diferentes estratégias, incluída a redução de danos, para dar conta dessas peculiaridades.

E essa discussão tende a abordar mais o uso das drogas ilegais. Mas existem as lícitas, principalmente o álcool no caso do Brasil, disponível a qualquer hora, em qualquer boteco ou mercado de esquina. O “isolamento terapêutico” e a estratégia da abstinência, abordagem indicada para as Comunidades Terapêuticas, nesses casos estão fadados ao fracasso porque

¹⁵⁵ Faltam pesquisas que possam apresentar de forma mais honesta e transparente os casos e índices de evasões, desistências e recaídas desse grupo. O conceito de abstinência, nessas condições, não parece fazer sentido. Se tem recaídas deixa de estar abstinente. Se retorna ao tratamento, e não se recusa o paciente porque teve recaída, também contradiz a regra. No fim, serve somente para fazer uma diferenciação ideológica.

tão logo a pessoa retorne ao seu território, à sua convivência social, ou a qualquer outro lugar, ela terá que enfrentar esse acesso facilitado da disponibilidade comercial das drogas lícitas (inclui-se no pacote o tabaco e as substâncias farmacológicas). O EUA tem enfrentado muitas dificuldades com a dependência de potentes opiáceos sintéticos, com mortes por overdose próximas de 70.000 pessoas em 2017, quase 50% somente por esse tipo de dependência, incluído no grupo também a cocaína, heroína e as metanfetaminas.¹⁵⁶ E muitos desses opiáceos são legalmente acessados.

Para se perseguir o ideal de abstinência ao grupo de dependentes de álcool e outras substâncias legais, como medicamentos, seria preciso também adotar políticas mais restritivas de acesso aos produtos (outra contradição). Para isso acontecer, o embate com a indústria do álcool e a farmacêutica com certeza seria bem maior do que com as associações que representam os interesses dos hospitais psiquiátricos e/ou das comunidades terapêuticas. A internação, o isolamento, a exclusão dos dependentes acaba por ser mais conveniente e atrativo aos dois lados. Porém, seriam ações para mascarar o problema e não para resolvê-los de fato.

Nessa seara desafiadora, as práticas experimentais para dar conta de problemas contemporâneos surgem de todos os lados. Do ponto de vista institucional, uma nova onda aparece com a entrada das Comunidades Terapêuticas para o tratamento coadjuvante da dependência das drogas. Validadas pelo governo federal, em meados de 2015, numa das quedas de braço vencidas pela chamada Bancada da Bíblia do Congresso Nacional, sua expansão como ação política assistencial tem sido muito expressiva, referida em matéria da mídia como “com financiamento recorde”.¹⁵⁷ É uma reatualização da cultura filantrópica originada das instituições religiosas, sempre (oni)presentes, desde os primórdios da história da

¹⁵⁶ Conferir: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/afp/2018/11/29/mortes-por-overdose-aumentam-e-cai-expectativa-de-vida-nos-eua.htm>; https://brasil.elpais.com/brasil/2018/03/17/internacional/1521271244_079176.html

¹⁵⁷ Conferir: <https://tab.uol.com.br/drogas-religiao#imagem-1>

Saúde Pública e da Assistência Social, do SUS (vide o caso das Santas Casas, hospitais espíritas e demais instituições beneficentes) e do SUAS. Cultura esta que nunca foi suficientemente discutida e amparada de forma técnica, que caminhou em paralelo a críticas de cunho acadêmico e sempre se manteve politicamente fortalecida nas suas relações com as políticas públicas para a disponibilidade de serviços.

No caso das Comunidades Terapêuticas, segundo matéria da UOL, houve a implantação de cerca de 2.000 no país e de 420 no Estado de São Paulo. A maioria delas são instituições privadas, de origem religiosa e filantrópica que se sustentam por diferentes fontes de financiamento, inclusive público. Consideradas serviços de moradia coletiva transitória¹⁵⁸ (o setor público contrata uma determinada quantia de vagas em CTs credenciadas e habilitadas por meio de critérios específicos), geralmente afastadas de centros urbanos, adotam a abstinência como premissa para a permanência no local. Além da abstinência, a espiritualidade, a disciplina e a laborterapia são utilizadas como ações de cuidado. (IPEA, 2017)

A justificativa para seu investimento, no caso a escassez de serviços especializados, é similar ao apresentado para a manutenção dos hospitais psiquiátricos e, dessa forma, aproxima-se às críticas já elencadas. Também é preciso considerar que na RAPS existem serviços destinados especificamente a essa população que faz uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, como os Consultórios na Rua, CAPS AD, as UAs, além de leitos para acolhimento noturno em CAPS AD III ou de internação, preferencialmente em hospitais gerais. Nos últimos anos houve um crescimento no investimento em Saúde Mental para esse público, com disponibilização de recurso financeiro específico em AD, contudo, desde 2019 essa gestão tem se transferido paulatinamente para a pasta da Assistência Social (via MDS).

¹⁵⁸ Com estadia renovável por justificativa a cada seis meses e duração de até dois anos. Na prática, há casos que se prolongam por mais anos, transformando-se moradores. Algumas matérias na mídia e pesquisas indicam esse problema. Não há um sistema de monitoramento e de registro das informações, inclusive com dados abertos sobre a gestão das vagas (como o DATASUS) para se garantir esse processo e prazo.

E, diante da dificuldade em se fazer uma contraposição tal como já foi almejado em relação aos hospitais psiquiátricos com a Reforma Psiquiátrica, o que se procurou foi supostamente tentar induzir em paralelo uma política mais consonante à concepção original da RAPS. Isso se daria com os equipamentos acima elencados, principalmente as UAs, que também são serviços residenciais transitórios, em escala menor e alocadas em locais mais urbanos, como contraposição às CTs. Porém não houve muito crescimento. A implantação de UAs, em comparação às CTs, foi ínfima. Até dezembro de 2014 foram implantadas 34 unidades no país, havendo previsão para mais 156 unidades, possivelmente com poucas concluídas (um número bem inferior às cerca de 2.000 comunidades terapêuticas).

O tipo de recurso e a estratégia de financiamento das UAs são distintos o que provavelmente também influenciou nessa situação. A UA segue uma lógica similar às outras implantações de serviços SUS, como os CAPS e RTs, dessa forma é aberta uma solicitação do município ao governo federal que precisa ser avaliada e habilitada. A implantação depende da gestão institucional do espaço e de recursos humanos administrados pela prefeitura com um teto de repasse feito pelo Governo Federal. E, no caso das comunidades terapêuticas, consiste num pagamento de prestação de serviços, com contratação de vagas que pode ser renovada, revista ou suspensa e pode contar com custeio federal e em alguns casos também estadual. Atualmente a maioria dessas vagas são de gestão da Assistência Social e não da Saúde, embora continue referido como serviço previsto da RAPS.

Item 3: A polêmica do uso da eletroconvulsoterapia (ECT)

Outra prática antiga, dos tempos de Pacheco e Silva, e que para muitos ainda é considerada experimental, poderá ser a inclusão da aquisição do aparelho e do procedimento de eletroconvulsoterapia pelo SUS, caso essa recomendação continue a ser encaminhada pelo atual governo, após as críticas levantadas na mídia.

Por enquanto, essa diretriz está na dimensão da aquisição do equipamento na Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis pelo SUS (RENEM).¹⁵⁹ Caso esse procedimento comece a ser operado no SUS, será necessária uma normativa criteriosa para aplicação e custeio dele, além de adoção de protocolo específico no intuito de regular seu uso, somado a outras orientações necessárias a quaisquer procedimentos invasivos, tais como termo de consentimento / anuência da pessoa e/ou família justificando os motivos da escolha do procedimento e alertando sobre possíveis riscos, danos, efeitos colaterais.

Seria importante até ser mais radical com a adoção desse procedimento via SUS, para não o banalizar em quaisquer circunstâncias, principalmente quando indicado em situações de internações involuntárias e compulsórias. Da mesma forma que as internações que ocorrem à revelia do sujeito são notificadas ao Ministério Público ou acompanhadas pela Justiça, o mesmo deveria ser feito em relação a ECT, no intuito de informar porque foi recomendado tal procedimento, indicar os motivos e o esquema de tratamento (número de aplicações, por exemplo), em acordo com os itens III (“ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração”), VII (“receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento”) e VIII (“ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis”) do Art. 2º. da Lei 10.216/2001. Assim, haveria mais chance de se evitar o uso abusivo ou desnecessário e garantir o consentimento da pessoa e/ou o responsável indicado para representá-la (se ela não estiver com condição de saúde para consentir), quanto ao procedimento, com todos os esclarecimentos necessários. Como qualquer intervenção de natureza invasiva, a balança benefícios vs. riscos deve ser sempre muito refletida.

Abstendo-se da polêmica dos grupos que são contra ou a favor desse recurso, observa-se que alguns profissionais têm considerado a utilização dessa prática como último recurso

¹⁵⁹ Conferir em: https://portalfns.saude.gov.br/images/banners/Sigem/LISTA_DE_ITENS_ATIVOS_agosto.pdf.

naqueles quadros muito graves e/ou com risco de vida, nos quais os demais tratamentos não surtiram efeito. Mas também é preciso considerar as reservas quanto a ECT, embora pesquisada e usada por alguns grupos e profissionais em instituições de ensino e da saúde privada. Afinal, trata-se de prática ainda experimental. Do que há de publicação sobre o tema, faltam estudos que expliquem a casuística, o modo de operar essa intervenção no corpo e pesquisas mais consistentes para indicar riscos, efeitos colaterais, sequelas, para além dos já conhecidos, mesmo com todos os cuidados e ajustes que foram feitos para tornar o procedimento menos violento. É pouco provável que só existam benefícios se até o uso de analgésicos, por exemplo, envolve riscos e efeitos colaterais. (ROBERTSON E PRYOR, 2006).

Aliás, curioso pensar como a regulação e o financiamento tem se realizado nos tratamentos e pesquisas que utilizam a ECT e a Estimulação Magnética Transcraniana (TMS) no país, principalmente nos hospitais de ensino, mas também em clínicas privadas. Há publicações de grupos nacionais (de hospitais de ensino) em periódicos internacionais advogando a ampliação de seu escopo de uso, inclusive em menores de idade e dependentes químicos. (CORDEIRO e col., 2012; ENOKIBARA e col., 2015; SHIOZAWA e col., 2015; DE ALMEIDA RAMOS e col., 2016) É preciso entender como os comitês de ética, geralmente rígidos em pesquisas com humanos, têm se posicionado sobre esse assunto, visto sua atual popularidade e a possível disseminação com a entrada do procedimento no SUS.¹⁶⁰

Do ponto de vista da medicalização e das tecnologias cada vez mais aprimoradas do poder psiquiátrico, há uma entrada, via mercado, de derivados “amenos” do modelo tradicional, com clínicas que oferecem sessões de aplicação para estimulação transcraniana (por equipamentos maiores não portáteis) propagandeado por inúmeros sites até a comercialização de versões portáteis para aplicação residencial. Cito, como exemplo

¹⁶⁰ Segue texto recente que traz um alerta importante sobre esse controverso tema: (<https://drauziovarella.uol.com.br/coluna-2/eletroconvulsoterapia-e-a-nota-do-ministerio-da-saude/>)

emblemático, o aparelho Neurostim, desenvolvimento no âmbito de pesquisa financiada pelo CNPq (chamada pública de 2016, iniciada em 2017) com a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, por um grupo de pesquisadores liderado pelo ex-coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde que esteve na pasta no período de 2017 a 2019¹⁶¹:

Figura7. Aparelho Neurostim desenvolvido no âmbito de pesquisa financiada pelo CNPq na Faculdade de Medicina da Santa Casa. Produto hoje disponível para comercialização.

neurostim
Estimulador cerebral não invasivo. **tDCS**
Na clínica ou em casa, alívio na palma da mão.

Estimulador transcraniano por corrente contínua desenvolvido e fabricado no Brasil, com certificação ANVISA para uso em estimulação cerebral profissional ou doméstica.

Seu tamanho compacto, aliado à tecnologia de ponta, possibilitou a criação de um tDCS/ETCC acessível que, por essas características, pode ser usado em clínicas ou em casa para o tratamento da depressão, reabilitação pós-AVC, dores crônicas e para melhora da cognição e memória, seguindo protocolos prescritos pelo profissional.

O tDCS/ETCC é um salto para o futuro, proporcionando ao paciente a liberdade de realizar seu tratamento no conforto do lar. O profissional assistente e o pesquisador terão acesso a uma tecnologia de primeiro mundo por um valor acessível, podendo se utilizar do que há de mais avançado em neuroestimulação na sua prática.

Desenvolvido e fabricado no Brasil. Manutenção e suporte 100% nacional.

MED SUPPLY
Tecnologia a serviço da saúde.

TDCS-NEUROSTIM

★★★★★
Avalie este produto

Preço: R\$ 5.250,00
ESTIMULADOR TRANSCRANIANO POR CORRENTE CONTINUA - ETCC/TDCS

Condição: **Novo**
Fabricante: **MEDSUPPLY/MEDITRON**
Garantia: **1 ANO**
Dias para postagem: **4 Dias**

Imprimir cotação

Fonte: <https://www.portaldomedico.com/produto/TDCS-NEUROSTIM>; <http://www.neurostim.com.br/>

Este aparelho soma-se na concorrência com outros modelos amplamente comercializados em sites de compra:

¹⁶¹ Consulte a matéria intitulada “Equipamentos para tratamentos neuropsiquiátricos é desenvolvido na FCM/Santa Casa”, disponível em <http://fcmsantacasasp.edu.br/equipamento/>

Figura8. Comercialização de aparelhos de estimulação transcraniana pelo Google Shopping.

Fonte: Sistema de busca simples na página do Google com o uso a palavra chave “aparelhos estimulação transcraniana”.

Ou ainda, a proposta, por enquanto internacional, para ser comercializada diretamente ao “consumidor”:

Figura9. Propaganda do aparelho Flow, indicado para aplicação doméstica para tratamento de depressão

Fonte: <https://flowneuroscience.com/>

Entre diversas startups com ofertas de cartela de atendimentos, equipamentos de neurociências, pesquisa genética para transtornos mentais, entre outros, florescendo pelo mundo (<https://www.medicalstartups.org/top/mental/>). FOUCAULT (2006) estava certo quando alertou que o poder psiquiátrico estava muito além dos muros das instituições, dos hospitais. E que sequer dependeria, no futuro, dessa estrutura para sobreviver.

Com o apelo atraente de um tratamento livre de medicamentos, problema criado pelos efeitos colaterais dos mesmos (aliás, outro subproduto do poder médico), de acesso fácil e prático, e que pode até “estimular a criatividade”¹⁶², ilustra exemplarmente um dos inúmeros recursos do biopoder e reatualiza todas as discussões e as questões éticas que nos convoca a medicalização da sociedade, da vida. Aparelhos como esse que cursa ao uso doméstico, de alcance popular, traz de um lado o dilema do risco de um uso indiscriminado e sem pesquisas suficientes quanto aos efeitos colaterais desse recurso e de outro lado, se pelo interesse mercadológico de um produto, reduz tanto a voltagem do aparelho para justamente evitar riscos, e chega-se num ponto quase inócuo, com efeito de placebo, se produz o dilema do engano. Entre o risco e o engano qual seria, de fato, o seu sentido?

Item 4: Relações interfederativas

E, por fim, acrescenta-se algo que pode ter passado meio despercebido nessa nota técnica. Chama a atenção o tom que o texto adotou, de uma postura autoritária do Ministério da Saúde frente aos demais entes federados, principalmente os municípios. Já era possível observar os reflexos disso pela falta de diálogo e apoio nos momentos que demandaram isso, como pelos pareceres expedidos no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde - SAIPS, em que o MS se posicionou de forma contrária às solicitações dos municípios,

¹⁶² Conferir em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2018/09/21/estimulacao-cerebral-eletrica-para-a-criatividade-quais-sao-os-riscos.htm> ; <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,estimulo-no-cerebro-melhora-criatividade,70002874774>; <https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/noticia/2018/12/ondas-cerebrais-omitem-ideias-obvias-para-estimular-criatividade.html>

conforme discussões que apareceram no âmbito do GCE da RAPS. Estes chegaram a indicar condição prévia para aprovar a proposta de implantação de um CAPS ou RT, por exemplo, pela garantia em preservar leitos de hospitais psiquiátricos na região ou a sugestão de implantação de uma AMENT no lugar de CAPS.

A própria nota técnica apresenta o item “Esclarecimentos sobre as solicitações de incentivos e habilitações via SAIPS”, provavelmente para se posicionar frente as reclamações recebidas das respostas enviadas por meio do sistema. Segue alguns exemplos:

O fato de o SAIPS ficar aberto a novos pedidos de maneira permanente no caso dos serviços e equipes da RAPS pode gerar a expectativa equivocada de que as aprovações são automáticas, como se o registro fosse mera formalidade, sem estar sujeito ao julgamento técnico, ao planejamento, às prioridades eleitas pela área, às contingências orçamentárias e à responsabilidade fiscal.

A tramitação e aprovação final de cada proposta está sempre condicionada à avaliação de instâncias superiores, análise de prioridades do Ministério, com base em planejamento e em indicadores epidemiológicos, bem como à disponibilidade de dotação orçamentária do Ministério da Saúde, que tem teto e programação definida, mas sujeita a mudanças. (p.29-30)

(...) a partir da nova normativa, o Hospital Psiquiátrico passa a ser incluído na RAPS e não mais se incentiva o seu fechamento. Em caso de fechamento ou descredenciamento de tais Serviços (mesmo contrariando as novas diretrizes do Ministério da Saúde), o Ministério deve ser notificado e aprovar a nova destinação deste recurso federal, que deverá ser aplicado necessariamente na RAPS. (p. 21)

Conforme explicitado em diversos trechos desta Nota Técnica, não há mais possibilidade de continuar o fechamento de leitos psiquiátricos no país, pois há importante déficit de vagas para internação de pacientes com quadros clínicos agudizados, o que tem gerado impactos negativos nos indicadores em Saúde Mental. No Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) será cobrado este compromisso dos gestores, para que a saúde da população não seja comprometida. (p. 26)

Quando o nível federal se posiciona dessa forma, ele fere princípios fundamentais que deveriam reger as relações entre entes federados. Aqui é preciso evocar o Pacto pela Saúde que determina as responsabilidades de cada ente federado e os princípios de solidariedade, descentralização e autonomia de nossa estrutura federativa de governo, presentes na Constituição de 1988. De forma simplificada, com o processo de descentralização, o município tem autonomia para ser o proponente de suas ações porque é o ente que conhece melhor suas necessidades locais e quem vai gerir seus recursos, responsabilizando-se pelo o

que assume. O Estado oferece apoio e mediação de forma a garantir a organização desses processos num plano regional. O nível federal oferece as normativas e repasses de recursos.

Há também incoerências e contradições em relação às Portarias 3.088/2011 e 3.588/2017 que instituiu a RAPS e a forma como ela deveria ser organizada. Nessa diretriz, cabe aos municípios identificar sua estrutura de serviços, as lacunas e vazios assistenciais de seu território bem como, com o apoio do Estado, as particularidades da região para a elaboração de um plano de ação. Durante e após as negociações e pactuações locais e regionais, os pedidos de serviços são solicitados pelo SAIPS ao Ministério da Saúde. O Plano de ação também é informado ao nível federal. Se depois de um longo processo de diagnóstico, planejamento, negociação local e regional, pactuação em instâncias colegiadas e solicitação de implementação de serviço, o nível federal se posiciona contrariamente à solicitação feita pelo município, ao invés de oferecer apoio ou recomendações diante de alguma questão ou pendência, ele desconstrói todo esse processo anterior, cerne das diretrizes da RAPS.

Diante das polêmicas discutidas, o que chama a atenção é a forma como essas questões têm sido publicamente assumidas, sem discussões prévias, incluídas as de forma colegiada, e sem preocupações com o que pode trazer de complexo e polêmico do ponto de vista das garantias de proteção aos usuários. As orientações dessa nota técnica, apesar de advogar como se fossem a favor, fere a lei 10.216. Fere também o ECA, no caso das crianças e adolescentes em risco de internação.¹⁶³ É como se entrássemos em uma era crepuscular do campo dos Direitos Humanos, de tensionamento para a diminuição ou a perda de direitos, e não de luta por sua garantia.

Apesar da presença de conteúdos bem questionáveis na nota técnica, há uma amarração discursiva hábil do ponto de vista do convencimento de que a proposta oferece a

¹⁶³ Que aliás, só para lembrar, o atual presidente chegou a comentar em campanha que o estatuto deveria ser rasgado e jogado na latrina. Talvez seja esse o ponto, há chancela para essas manifestações e uma presumida chance de tornar oficial medidas antes consideradas impopulares.

melhor solução, a mais atual e moderna. Essa torção discursiva lembra o discurso sofista, tal como aparece no dicionário: “argumento ou raciocínio concebido com o objetivo de produzir a ilusão da verdade, que, embora simule um acordo com as regras da lógica, apresenta, na realidade, uma estrutura interna inconsistente, incorreta e deliberadamente enganosa.” Ou “Argumento ou raciocínio deliberadamente enganoso, com aparência de verdadeiro, com o objetivo de enganar alguém; evasiva, falácia, torcedura.” Parece ser esse o tom geral dessa nova velha política, agora empossada.

Nader, em artigo da Ponte Jornalismo, discorre brilhantemente a respeito dessas questões. E questiona se seria possível a invenção de novas estratégias para enfrentar esse fenômeno. As atuais, que ele nomeia como um “denuncismo que olha para trás” não tem surtido efeito. Essa discussão é uma tentativa de evidenciar esse projeto de poder, a partir de dados e fatos. E fortalecer argumentos por meio de informações. Contudo, dar voz às tais “evidências científicas” (termo muito referido na nota técnica) inclui, sobretudo, todos os autores de peso, que embasaram (e continuam a embasar) o movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, porque suas produções são as principais evidências científicas que realmente deveríamos considerar. Ou não esquecê-las. Dos internacionais: Jones, Tosquelles, Oury, Bonnafé, Caplan, Laing, Cooper, Basaglia, Rotelli, Goffman, Foucault, Castel, Donzelot, Deleuze, Desviat, etc. Dos nacionais: Amarante, Machado, Birman, Elia, Delgado, Pitta, Nicácio, Campos, Kinoshita, Onocko, Costa-Rosa, Yasui, entre tantos outros. Numa busca simples utilizando o descritor “Reforma psiquiátrica” na Biblioteca Virtual de Saúde, aparecem 1.854 publicações. Um registro que não se pode desprezar.

Há esperança e movimento na sociedade para fazer frente a esses equívocos. Quando se observa a repercussão na mídia e redes sociais sobre esse tema, principalmente em relação a adoção da eletroconvulsoterapia e da internação psiquiátrica de menores de idade, percebe-

se que algo da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial foi absorvida e teve ressonância na sociedade. Embora ainda enfrente muitos preconceitos e resistências.

Além disso, pode-se apostar que a descentralização e a autonomia dos municípios e estados serão fortes recursos para o difícil momento político que o país vive. É o mecanismo mais propício para tensionar e diluir os efeitos dos ataques dirigidos às políticas de proteção aos direitos. E, assim como a sociedade se mostrou sensível e refratária no todo ou em parte sobre as recomendações da nota técnica, segue a expectativa de que parcela importante dos municípios também apresentarão posição similar.

Por fim, há os trabalhadores da ponta, os apelidados carinhosamente de “mentaleiros”. É uma maioria que veste a causa da reforma psiquiátrica e da RAPS (como anteriormente concebida), com tanta dedicação, que se desdobram para garantir um cuidado efetivo, mesmo diante do subfinanciamento, das lacunas e vazios assistenciais que a rede possui.

E a solução certamente não estará nos hospitais psiquiátricos. Já não estão, visto que os dados demonstraram que eles persistem na rede. E não parecem promover resolutividade. Ao contrário, se “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001), a preservação dos hospitais psiquiátricos depende justamente da sua não resolutividade. Eis o principal paradoxo da RAPS.

3 - A RAPS na perspectiva do GCE: análise das entrevistas

O envolvimento constante da pesquisadora com os integrantes do GCE, e o fato de ser membra do mesmo, levantou a dúvida ao longo da pesquisa se faria sentido a realização das entrevistas. Mas, diante da sua finalização, considerou-se interessante incluir as impressões de parte dos integrantes quanto a esse processo e o que estavam a refletir sobre a história do grupo, os desdobramentos dele e da perspectiva da RAPS.

O GCE, na configuração mais recente, contou com membros permanentes de cerca de 10 a 8 pessoas, entre representantes estaduais (de 4 a 6 pessoas) e municipais (de 2 a 4 pessoas). Geralmente inclui outros participantes que são chamados a participar de acordo com a pauta em discussão. O número desses participantes ocasionais varia bastante. É predominantemente composto por mulheres entre 40 e 65 anos, com somente um homem, de área técnica da SES. Foram feitas 4 entrevistas com duas participantes que representavam a instância municipal e duas da instância estadual. Como já dito, desde 2017 o grupo não possui representação do nível ministerial.

As entrevistas foram realizadas a partir das impressões das entrevistadas quanto a algumas questões sobre a produção de dados realizadas durante o trabalho do GCE, em relação ao papel do GCE, a função dos PARs, os desafios e as perspectivas futuras da RAPS. Abaixo segue uma breve análise dos temas com maior recorrência.

Quanto ao trabalho de levantamento das informações em bases de dados sobre elementos da RAPS, as entrevistadas indicaram a importância de fazer uso desse recurso e que essa estratégia poderia ser melhor incorporada ao nível local. Do ponto de vista do GCE, embora tenha surgido de uma demanda mais específica, esse levantamento (que foi posteriormente ampliado para ser incorporado à pesquisa) mostrou-se efetivo na organização de alguma das pautas das reuniões e para embasar melhor parcela das discussões presentes no interior e para além do GCE. O tema que mais se repetiu nas falas foi o de permitir uma tradução, um retrato ou expressão, em forma de dados, do que se problematizava do ponto de vista da importância da implantação da RAPS a partir dos preceitos da reforma psiquiátrica:

Acho que ficou muito claro a necessidade de incorporar isso no cotidiano, algo mais estrutural. (...) Se não é uma coisa incorporada, acaba o trabalho, o grupo tem uma mudança e a gente perde isso, porque não houve nenhuma perspectiva do que a gente conversou de como é que isso pode ser incorporado. Pelo próprio grupo condutor. Não estamos muito animados de que existe uma perspectiva de incorporar a informação. (...) Porque parece que uma outra onda que vem mais forte de fim de transparência de dados. Então, nesse momento seria fundamental. (...) Agora, o método vai ser incorporado? Existe alguma perspectiva de incorporar? Porque para incorporar, precisa chegar lá na ponta. (Representante município 2)

Foi muito interessante, porque eu acho que a gente na Saúde Mental tem uma grande dificuldade em trabalhar com dados. E estar transformando esse potencial em política pública. Olhar para o dado e poder refletir, poder pensar e concretizar aquilo que às vezes é uma sensação (Representante município 1)

Acho que foi uma grande contribuição para todo o processo de organização das propostas estaduais para atuação junto aos municípios. (...) A gente tinha um quantitativo de dados muito dispersos. (...) Serviu para a gente dar corpo a essa discussão técnica que a gente faz. (...) A gente cria uma base de sustentação para a política que a gente acredita. (...) Acabou corroborando com o que a gente entendia da nossa prática e da nossa vivência, da nossa experiência dentro desse processo político, histórico da Saúde Mental no Estado de São Paulo. Veio como se validasse todo um processo de discussão. (Representante estado 1)

Transformou na concretude o que a gente é no subjetivo. A gente acreditava. Que sabia que tinha tudo isso. (Representante estado 2)

Contudo, as entrevistadas reiteraram em mais de um momento que o fato da pesquisadora ser participante do grupo e ter contato com a história das políticas públicas de saúde mental ofereceu um aprofundamento na análise das informações, dando mais consistência, história e até afeto a elas. E pode levar uma informação mais consubstanciada para as instituições e a Universidade. Essas falas talvez sejam as que mais incorporem a finalidade de uma pesquisa-ação:

Eu acho que você viveu junto com a gente. Fez a vivência. E está levando para a academia não só os dados, mas a vivência de todo esse processo. Que eu acho que é a coisa mais importante. Você não pegou só nas pesquisas. Você viveu isso e está muito por dentro. (Representante estado 2)

Tudo isso aliado à história da Saúde Mental, a vivência política dessa negociação, que eu acho que foi um ganho também. Talvez essa pesquisa, se você tivesse feito apartada do Grupo Condutor Estadual, não seria a mesma coisa. Porque o número também, ele não existe sozinho. Ele precisa do contexto. Eu acho que assim, a gente tinha muito contexto e a gente tinha pouco número. Hoje, a gente tem número e contexto construído juntos. Eu acho que isso foi um ganho bárbaro. E acho que, na realidade, eu vejo isso como um primeiro pontapé. Porque cada vez que a gente vê uma discussão de um dado, contextualizando um dado, na minha cabeça vem mais umas 20 perguntas. Que eu acho que a gente tem como buscar esses dados e melhorar ainda mais essa gestão. (Representante estado 1)

Dá concretude para todo um diálogo, inclusive sobre a discussão de uma política. Quando se traz isso e a gente visualiza. Além de tudo isso, não trouxe sem afeto. Normalmente os dados são duros. Além da dificuldade da Saúde Mental de trabalhar com isso. Você traz isso recheado de outra discussão para além dos dados. (...) Vai trazendo uma história. Ai quando eu falo que isso é permeado de afeto, para mim história é afeto. É para além de dados. Ai eu identifico de onde que vem a nossa luta. Isso é memória e memória é afeto. Você traz uma memória além de tudo, do grupo.

(...) Me organiza enquanto história. Me organiza enquanto dado e enquanto memória. Isso é fundamental. (Representante município 2)

Em relação ao GCE, o seu papel e desdobramentos atuais, as entrevistadas falaram num primeiro momento (o que também foi assunto constante ao longo das reuniões do grupo) das mudanças ministeriais, acirradas com a publicação da Portaria 3.588/2017 (posteriormente também com a nota técnica que circulou em 2019) e pela decorrente ausência da representação ministerial no grupo, efeito dessas mudanças. Para o grupo soou como a perda de uma parceria, parte importante nos processos de negociação e pactuação. Também se referiram ao crítico contexto político atual que, entre inúmeros problemas, tem fragilizado os alicerces da democracia no país o que, consequentemente, influencia no modo de funcionar de instâncias coletivas de representatividade:

Era um grupo de fortalecer a democracia. Portanto, o SUS vinha num caminho de pactos. E não do eu mando, você faz. (...) Foi se fortalecendo num jeito de se pactuar e que o grupo vinha num fortalecimento. Na medida onde o processo democrático é interrompido, (...) todas as instâncias de pactuação e de fortalecimento de formulação da política pública de uma forma democrática, eles vão se fragilizando. E nós também por consequência. Eu fico pensando assim: como estamos sobrevivendo apesar disso que está acontecendo? (...) Sinto que as instancias de pactuação democrática se esvaziaram. (...) E acho que teve um ponto no meio do processo que deve ser colocado. Que é a saída do Ministério da Saúde. Não sei hoje como a gente negocia com o Ministério da Saúde. (Representante município 1)

Eu entro ainda nesse momento que está o Ministério da Saúde. Com discussões importantes. Discussões interessantes. Com articulação tripartite. Eu percebia as articulações. Digo, enquanto município, o quanto o município era escutado, era valorizado. E isso era o que mais me chamava atenção. Então era um espaço, era um coletivo que ainda tinha voz. Eu acho que várias vozes foram caladas. (...) Vou vendo rupturas a partir de então. Os pactos são rompidos. (...) A gente está se esfacelando enquanto um coletivo e se a gente perde isto, que está sendo difícil, eu acho que a gente vai romper com mais um coletivo. E acho que a gente precisa fortalecer esse coletivo. (Representante município 2)

A gente foi atropelado por todo esse contexto político. E por mudanças que muitas vezes davam forças quando a gente estava avançando numa discussão, para quem era contrário a aquele avanço. Avesso a essa discussão. (Representante estado 1)

Também apontaram o esvaziamento e a falta de apoio, no GCE, das demais representações, tanto municipais (secretários de saúde e coordenadores municipais ou gestores de saúde mental) quanto do estado (de outras áreas técnicas e das coordenadorias) e das

dificuldades que esses aspectos acarretam, tais como o “sentir-se perdido”, com baixa representatividade e pouca força política nos processos de articulação regional e entre entes federados. Essas dificuldades, de certa forma, circulam pelo grupo desde a sua constituição:

Hoje a gente está perdido. E não é por causa do Grupo Condutor Estadual. Mas é por causa da atual situação. (...) Porque ele não é reconhecido nem na Secretaria Estadual de Saúde. Ele não é um grupo reconhecido. (...) São só as mesmas pessoas e os outros (convidados e demais representações), não vão. E quando vão, chegam depois. Então assim, é dos dois lados. Das duas gestões. O federal nem se pensa. (...) Ele teve uma potência bem maior. (...) No começo ele teve uma força maravilhosa, a gente foi para todo o Estado, caiu para tudo quanto é lugar, hoje a gente está restrito as quatro paredes. (...) Eu estou no Grupo Condutor Estadual desde o início e infelizmente hoje está assim meio, a gente está perdendo o sentido... a gente nem sabe se tem rede mais. A gente ainda não está sabendo se tem, porque a gente vai aprovar plano? Porque a gente não tem nenhuma diretriz lá de cima. Então, a gente está fazendo quase que um trabalho sozinho. Essa coisa dos Grupos Condutores Regionais também sinto uma falta tremenda. Acabou-se. Porque também os municípios e o estado não estão sabendo o que vai acontecer. (Representante estado 2)

Eu acho que o contexto realmente é extremamente adverso. Mas eu não sei até que momento, dentro da Secretaria Estadual de Saúde, o contexto deixou um dia de ser adverso. Porque assim, a gente tinha um contexto melhor do Ministério da Saúde, mas a gente sempre teve um contexto adverso na Secretaria Estadual de Saúde. E quando a gente tinha um contexto... agora que está um contexto melhorzinho na SES, a gente tem um contexto adverso federal. Por isso que eu acho que se a gente pensa o Grupo Condutor Estadual com esse papel político que ele se apresenta nas portarias ou dentro da política de saúde mental, eu acho que a gente não tem que ficar esperando o momento propício, porque eu não sei se o momento propício vai chegar. Então eu acho que é a gente mesmo repensar o papel do Grupo Condutor Estadual. (Representante estado 1)

Fico pensando um pouco em quais são os espaços que são ocupados nas discussões do território, para estar lá a Secretaria Estadual de Saúde para discutir. Estou dizendo ainda, estou trazendo ainda o tripartite no meio. Se não tem o Ministério da Saúde e não tem o Estado, só tem o município. (Representante município 2)

Até porque, por exemplo, a gente está com uma presença de secretários absolutamente fragilizada (...). E mesmo da Secretaria Estadual de Saúde a gente teve esvaziamento. A gente tem até discutido como a gente para o próximo período vai fortalecer e trazer mais técnicos de municípios. (Representante município 1)

Acho que a gente tem uma boa intenção, a gente tem uma constância, uma permanência no grupo. Mas assim, eu não sinto o grupo com a força política que ele precisaria ter. Para ocupar o lugar de importância que ele ocupa na política. (...) Acho que a gente teria que ter trabalhado mais como esse grupo, poderia atuar junto nas ações. Como que esse grupo poderia propor, ser mais propositivo nas ações. (Representante estado 1)

Apesar dos problemas citados, as entrevistadas reconheceram a importância do trabalho do GCE e da necessidade de sua continuidade, preferencialmente num formato mais

amplo, participativo e próximo aos municípios. Tal como o espaço que conseguiu conquistar junto à CIB:

Ele é fundamental. Eu acho que ele foi um ganho na política, e ele sustenta questões técnicas que muitas vezes são polêmicas. (...) Eu acho que a gente só precisa pensar e desenvolver estratégias para fortalecer esse grupo. Aumentar a participação. (...) Porque uma coisa é o olhar do Estado em relação aos municípios, e outra coisa são os municípios. As vezes a gente discute coisas lá que será que para o município isso importa? (...) Mas é um espaço imprescindível dentro da construção de qualquer rede. Não dá para abrir mão. (...) Esse Grupo Condutor Estadual precisa ter uma ação de fortalecimento dos Grupos Condutores Regionais e se der dos municipais (...) porque é um papel nosso também. (...) Se a gente quer construir esse tipo de coletivo, a gente tem que levar essa discussão para a ponta. Vamos fazer encontro com os Grupos Condutores Regionais. Vamos fazer uma discussão de que política é essa. De que papel é esse. Como que a gente fortalece o funcionamento. (Representante estado 1)

A gente precisa desse coletivo. A gente não pode deixar ele não acontecer. (Representante município 2)

O Grupo Condutor Estadual é super importante. (...) Eu acho que grandes coisas que a gente ainda está conseguindo resistir é porque a gente é um Grupo Condutor Estadual. Porque se a gente não tivesse... (Representante estado 2)

E eu acho que a gente teve um bom trabalho também da CIB (Comissão Intergestores Bipartite), aonde a gente alimenta que é a CIB. Acho que não tem ninguém lá hoje que ignora a Saúde Mental. De tanto que a gente demandou. Dando certo, não dando certo. Dando errado ou não. Mas acho que ninguém pode falar que não... que a gente não demanda. Que a gente é um Grupo Condutor que não existe. Acho que todo mundo sabe que a gente existe. Tem uns ficam felizes e tem uns ficam tristes. Mas é um grupo que é presente na Câmara Técnica. (Representante município 1)

Um dos pontos de discussão mais sensíveis no grupo é referente aos Planos de Ação Regional (PAR). Tanto em relação aos desafios territoriais para organização dos GCR e a possibilidade de sua elaboração e entrega ao GCE que, de modo geral, é contexto permeado de disputas técnicas e políticas. Como também sobre a finalidade desses planos, no sentido de não virar apenas uma entrega burocrática, mas um instrumento de memória, de gestão e que pudesse refletir criticamente sobre os problemas e necessidades regionais. E do quanto o próprio GCE se apropria dessa discussão. Apesar desses e outros dilemas,¹⁶⁴ também se reconhece a sua importância, mesmo ao se apontar a necessidade de realizar mudanças em seu modo de funcionamento:

¹⁶⁴ Devido às mudanças propostas pela Portaria 3.588/2017, com a previsão de inclusão de outros serviços nos pontos de atenção divergentes da proposta original e dos preceitos da reforma psiquiátrica como, por exemplo, as equipes ambulatoriais especializadas (AMENTs) e os hospitais psiquiátricos.

E vinte e poucas regiões não passaram os planos. A gente nunca analisou como a gente enxerga isso. O que aconteceu numa região? O que aconteceu nessas regiões, acredito onde os Departamentos Regionais de Saúde não tenha conseguido incentivar? Não sabemos. O que aconteceu? É bastante. Um terço das regiões que não apresentaram os planos. Desde 2012 até 2018. Em 6 anos não apresentaram os planos. (Representante município 1)

Porque a gente já tinha ficado um ano inteiro sem passar plano, com a saída do Ministério da Saúde. Então é como se no Estado de São Paulo a aprovação dos planos fosse uma coisa para o Ministério da Saúde. E não incorporada por nós no cotidiano. Tanto que a gente está nesse impasse. Vamos continuar a fazer os planos ou não? (Representante município 1)

A primeira leitura que eu fiz de plano, eu ainda estava no município. E, para mim, pela portaria e pela maneira como eu entendia, era uma coisa que não estava na minha preocupação. (...) E acho que foi a leitura que ficou por muito tempo para os gestores municipais para muitos territórios, que montar o plano era uma mera organização de grade, com cronograma de implantação de serviços. Eu acho que a gente ao longo das discussões no território e acho que isso tem um link com a questão da desinstitucionalização, que a gente começou a discutir a rede de uma forma mais consistente para poder avançar também na expansão dos serviços para concluir a desinstitucionalização. Eu acho que a gente começou a entender também que rede era essa que a gente queria. E a importância de quando você apresentar um plano, ele refletir na saúde mental que o território quer. Qual é a saúde mental que eu estou propondo para aquela região? O que os atores que participam daquela região querem construir? Dentro das diferentes dificuldades e das diferentes realidades territoriais. (...) Talvez para aprovar plano do jeito que a gente pensa hoje, a gente tem que fazer uma revisita nos territórios. E retomar essas discussões (Representante estado 1).

Os planos foram um treino. Para uma coisa que quem está muito na Saúde Mental nunca pensou. Porque a gente pensava em serviço. Tinha que ter a residência, o CAPS, nunca numa rede. E a gente começou treinar que não são só esses serviços. É uma rede. Então eu acho que para o Estado de São Paulo, para os articuladores (de saúde mental), isso foi um treino. De fazer esse olhar, um olhar global e não um olhar compartimentado de serviços. Esse é o grande ganho dos planos. (Representante estado 2).

Mas o quanto a política está vinculada ao financiamento, é claro. Quer dizer, como eu vou induzindo políticas a partir desse financiamento. E daí o plano fazia com que a gente segurasse isso. (...) É fundamental. É a história. E como a gente vai conseguindo construir. (Representante município 1)

O plano da RAPS pressupunha na sua elaboração teórica solidariedade territorial. Sem solidariedade territorial qual é o papel exatamente do grupo? (Representante município 1)

Você ter que trabalhar com solidariedade de um serviço com um território que é um outro município que às vezes é um adversário político, e que teria que ter um apoio matricial... como é que você discute isso dentro de um território que está em conflito o tempo inteiro? Quando você pactua uma rede, é porque maduramente se consegue chegar num consenso. Só que assim, o que aconteceu? A gente viu que a gente não chega nesse consenso tão fácil. (...) Eu acho que ele (o PAR) motivou toda essa estruturação. (...) Eu acho o plano fundamental. Vamos parar de discutir plano? Não! Não vamos parar de discutir plano. Nem que a gente leve 100 anos para aprovar as 63 RAPS. (...) A gente vai ter que retomar as discussões. (Representante estado 1).

A partir das questões sobre o Grupo Condutor e os PARs, os temas do consenso e da solidariedade nas pactuações regionais, incluindo as dificuldades para trabalhar essas estratégias, apareceram nas falas das entrevistadas. Algo que também se observa na literatura acadêmica (conforme apontado na apresentação do tema e no item dos aspectos históricos do presente estudo). Essas menções podem sinalizar que o grupo condutor estadual deveria exercer um papel de maior apoio junto aos GCRs e no acompanhamento dos PARs. Nessa arena de disputas de poderes e diferentes posicionamentos no território, as entrevistas sinalizaram que o consenso seria o resultado democrático do que cada qual aceitaria ceder de parcela do que reivindica no processo de pactuação. E que, de modo geral, pode possibilitar maior disposição, mesmo que numa natureza oscilante, na implantação de políticas em nível local e regional:

E de questões muito concretas que a gente apontava dentro do que a gente acredita que é possível avançar. Porque é óbvio que tem questões que para poder trabalhar pactuando e na democracia, cada um tem que abrir mão de algumas questões. (Representante município 1)

Agora eu acho que o caminho do pensamento coletivo que está por trás dos Grupos Condutores, eu não vejo outra saída sem ser essa. Das pessoas sentarem numa mesa, tentarem colocar as suas diferenças. Tentar pactuar e tentar construir consensos. Não vejo outro caminho, a não ser esse na política pública. (...) Agora para poder fazer isso implantar, apesar das fragilidades das idas e das vindas, não vejo muito um outro caminho a não ser esse. (Representante município 1)

Se a gente tivesse sem esse desafio, talvez a gente não tivesse avançado em nada na discussão. A gente às vezes tem que sair desse espaço confortável de discutir só com aqueles que pensam igual a gente. Então, é difícil você manter uma discussão com o diferente, mas eu acho que é na discussão com o diferente que você também vai refletir até que ponto o que você está fazendo é certo, é errado, o que você tem que rever. Eu acho que é fundamental. A gente tem uma mania, uma prática de só se juntar com aqueles que acreditam, que pensam igual a gente. (...) Eu acho que o sinônimo da democracia é isso. É você construir consensos. Nem sempre você consegue tudo que você acredita, mas para poder avançar, às vezes você tem que fazer negociações e pactuações e ir avançando na medida do possível. Eu acho que isso a gente conseguiu fazer ao longo desse tempo. E muito disso a gente andou graças ao trabalho que vem embasando a nossa discussão. (Representante estado 1)

(...) Agora é discutir como a gente trabalha solidariedade. Solidariamente dentro dos municípios do território. E aí vem uma coisa de construção do SUS também. O que que é o território para o SUS. Território nunca foi fechado dentro de um município. A gente sempre entendeu território como um espaço vivo, de convívio, das relações. E acho que a gente tem que fazer esse transporte para a questão da RAPS. (Representante estado 1)

Um dos principais desafios da RAPS, indicado nas entrevistas, é o problema da falta de financiamento, elemento essencial para se conseguir melhores pactuações e decisões consensuais. Esse tema, também muito presente nas reuniões do GCE, é dos que mais geram tensionamentos entre os representantes municipais e estaduais, muito embora ambos concordem com a necessidade de mais investimento do Governo do Estado para com os municípios:¹⁶⁵

Mas o quanto a política está vinculada ao financiamento, é claro. Quer dizer, como eu vou induzindo políticas a partir desse financiamento. E daí o plano fazia com que a gente segurasse isso. (Representante município 1)

Mas eu não vejo da reforma, enquanto não se posiciona contra, o que eu vou discutir enquanto financiamento (...) Que é uma coisa que eu mais falo. Porque para mim, financiamento é indutor. (Representante município 1)

Dinheiro. Hoje o dinheiro que o Ministério da Saúde passa não está chegando a cobrir cerca de 20% do custo de um CAPS. (...) Queremos a proposta de financiamento para CAPS que seria 50% federal, 25% Estado e 25% município. (Representante município 2)

Financiamento. Mesmo o financiamento que a gente tem hoje é um baixo financiamento. Então, é financiar o que não está financiado. E melhorar a qualidade do financiamento. (Representante estado 1)

Além do financiamento, a mudança de cultura também apareceu em muitos trechos das entrevistas como um dos desafios da Saúde Mental e da RAPS. Tanto do ponto de vista da condução das políticas como do funcionamento de parcela dos serviços da RAPS. Aliás, subfinanciamento e cultura manicomial são problemas crônicos frequentemente referidos em artigos relacionados à reforma psiquiátrica e saúde mental.

No caso dos serviços, essa questão atrelou-se a necessidade da oferta de uma formação ligada às proposições antimanicomiais:

¹⁶⁵ Há uma demanda dos representantes municipais, de que para além da posição de concordância da assessoria técnica de saúde mental do nível estadual, esta assumia-a de forma mais política e contundente, com alguma proposta mais concreta de apoio e de repasse de recursos aos municípios, junto à SES, para garantir a implantação da rede em nível local e regional. Apesar da constante fragmentação da SES e das mudanças de gestores dos últimos anos, a área técnica de saúde mental, no contexto atual, tem pouco espaço para discutir essa possibilidade internamente na SES. Mas diante das vicissitudes da política, é um cenário que constantemente sofre mudanças.

Porque as tecnologias são mais simples. Então, você não precisaria ficar migrando território. Você teria que trabalhar a autonomia daquele território. Agora, para trabalhar a autonomia daquele território você tem que ter a mudança da lógica. (Representante estado 1)

Cultura, porque vejo muito CAPS que não é o CAPS que a gente sonha. Ele é um ambulatório chamado CAPS. Não sei. Acho que o difícil é mudar um pouco essa questão cultural. Quando digo que a RAPS virou um somatório de componentes... às vezes você pega uma região, ela tem todos os componentes, mas ela não tem rede de saúde mental. (...) O que talvez a gente tenha que fazer é colocar a RAPS no seu devido lugar. De uma questão, de uma discussão que ela é técnica de como é que organiza uma rede, então, se não é com isso, como é que estão esses outros componentes? Como é que nós vamos falar entre eles, porque eu acho que os componentes ainda estão isolados. Nós precisamos quebrar as 7 caixinhas da RAPS também. Até para poder enxergar esse Hospital Psiquiátrico porque a pessoa vai sair de lá uma hora. Porque financeiramente não se mantém mais as pessoas isoladas o resto da vida. (Representante município 1)

E acho que mudar cultura é um desafio muito grande. A gente só muda cultura quando a gente começa a mostrar resultados diferentes, experiências diferentes. E a gente entra na discussão da RAPS nesse sentido. Ela ainda é uma rede que precisa ser forte, mas é pouco financiada. Ela precisa ser resolutiva, mas ela não se entende como tal. Ela precisa atender a crise, mas ela não tem uma qualidade, uma capacidade técnica e uma estratégia, de fato, de atendimento à crise. O atendimento tem que ser no Hospital Geral que não se entende também fazendo parte dessa rede e resolutivo. A crença, por baixo de tudo isso, de que o louco precisa ficar isolado, que a internação tem que ser de longa permanência, que o resultado clínico depende do tempo de internação e não da qualidade técnica que se propõe no cuidado. Eu acho que a mudança, que isso tudo é a lógica manicomial expressa de diferentes formas. Acho que mudar a lógica manicomial ainda é um grande desafio. Mesmo depois de tantos anos da publicação da lei. (...) Porque não é a lei que muda a cultura. (Representante estado 1)

Primeiro, a questão federal (com as mudanças no governo entre 2017 e 2019). Segundo, se a gente não começar a fazer a capacitação, não começar a olhar para esses serviços que já existem. Eu acho que nessa conjuntura a gente nem está pensando em novos serviços, com exceção de leitos em Hospital Geral. Mas naqueles que existem, como que a gente vai fazer para capacitar, para olhar para esses serviços. Porque senão a gente perde as pernas. Não adianta você montar um monte de coisas e não ter a continuidade. (Representante estado 2)

A questão da cultura vai esbarrar nisso, mas eu trago aqui uma discussão que é a formação. Essa formação poderia ser diferente. Estou dizendo de nós trabalhadores. Quando eu chego num município onde as pessoas que tem 40 anos de idade nunca foram formadas... eu estou falando de uma formação antimanicomial. Quer dizer, de que formação eu estou falando? Quais são as formações que a gente está disponibilizando? Isso vai esbarrar na cultura (...) Qual a cultura que eu estou falando para esses trabalhadores? Qual é esse diálogo que estou levando para a população? (Representante município 2)

E, tal como sinalizado no exemplo da última fala, a própria formação universitária não incorporou essa mudança cultural ou incorporou somente parcialmente, dependendo da faculdade, do curso, da profissão. E a universidade é outro tradicional lócus de poder que também interfere nas relações territoriais. NETO (2011) aponta que, apesar de algumas

iniciativas de parcela dos entes federados para o incentivo de mudanças na oferta de formação numa perspectiva mais direcionada aos preceitos da Saúde Coletiva, estas talvez tenham influenciado uma parcela maior de cursos de pós-graduação do que dos de graduação, que seguiram uma grade curricular ainda tradicional, adotando o modelo biomédico de atenção individual. Mesmo graduações de profissões como a psicologia, assistência social, terapia ocupacional, fonoaudiologia, entre outros, que poderiam tender a se aproximar mais de uma formação voltada aos preceitos da reforma sanitária e psiquiátrica, o modelo da atenção psicossocial ou mesmo para a clínica ampliada e antimanicomial, não acompanharam essa possibilidade, salvo algumas iniciativas de cunho mais individual, a depender do professor que levasse esse tipo de discussão para dentro da sala de aula (sem uma mudança mais significativa da grade curricular). E, com isso, muitos profissionais entraram no SUS e nos serviços da RAPS sem conhecer sua história, suas propostas e estratégias de cuidado (LOBOSQUE, 2006; NETO, 2011; OLIVEIRA e col., 2011).

Ao responderem sobre o futuro da RAPS, as entrevistadas, por fim, expressaram suas apreensões em relação ao cenário atual de crise política e econômica e do quanto isso não poderá ameaçar os princípios do SUS e da RAPS, em seu projeto inicial da Portaria 3.088/2011. Contudo, apostam também em sua continuidade, mesmo com algum recuo ou retrocesso na estrutura já estabelecida (como tem acontecido), assim como na sua dimensão micropolítica, no sentido dos trabalhadores que atuam na ponta, por se tratar de ações de cuidado em saúde no território, em e na comunidade. E, no polo ampliado, quando a saúde mental como um todo se amplia e se associa às outras pautas identitárias, como uma forma de resgate dos princípios da Carta de Bauru:

Se você pensar na RAPS enquanto um sistema organizado, sistêmico, com princípios republicanos, acho que tem uma ameaça clara. Uma ameaça clara. Uma medicalização clara. (Representante município 1)

Eu acho que a Saúde Mental foi tendo evidência e começou a ser discutida. Entrou em vários eixos enquanto discussão apesar de muitos gestores não quererem discutir isso. (...) Entrou. Da forma como pôde. Está na hora da gente dar outros passos.

Talvez seja isso. Às vezes na hora que a gente tem que dar um passo, retrocede... quem sabe dá para dar outro passo?

(...) Acho que a saúde, se o SUS, do jeito que está indo, a RAPS, vai degradingolar da mesma forma. Eu acho que reforma psiquiátrica estava, está atrelada à reforma sanitária. Não tenho a menor dúvida que o SUS acabando, a Saúde Mental, a reforma psiquiátrica também vai para o mesmo caminho. Quer dizer, retrocedendo. Então, penso que a gente está num momento muito difícil. Existe a possibilidade de mais retrocessos no meio disso. (...) Mas acho que vai continuar tendo outras questões aparecendo no meio disso e às vezes no meio dessa coisa super árida. Propostas, né? (Representante município 2)

Ela tem que continuar. Ela tem que continuar sendo uma rede. Ela tem que continuar acontecendo. Com todos os pedregulhos. (...) Eu acho que o futuro da RAPS, ainda tem gente lutando por isso. (Representante estado 2)

Eu acho que o futuro dela é brilhante. (...) Por mais catastrófico que esteja o cenário, (...) eu acho que a gente pode ter momentos de torpor, ter momentos de sonolência, ter momentos de paralisia, mas eu acho que a rede está dada. Até pela tecnologia que a gente usa. Ela é tão humana e ela lida tanto com a autonomia, ela lida tanto com empoderamento, com inclusão, com liberdade, que dificilmente a gente desorganiza uma rede dessa. Eu acho que o futuro dela só vai ser ruim, se tiver uma catástrofe no país. (...) É uma rede vai continuar crescendo, vai dar às vezes passos para trás, mas eu acho que é uma rede que vai se estruturar. Eu não consigo ver essa lógica de encarceramento mantida por muitos e muitos anos mais. Eu acho que as pessoas estão começando a olhar o tamanho da violência que está sendo feita e eu acho que a gente tende a melhorar. Eu acredito no ser humano. E acho que a nossa rede é feita de gente. Onde tem gente dificilmente fica paralisado. Eu não consigo ver uma catástrofe, por pior que seja o cenário. (Representante estado 1)

Foi um problema na hora que a RAPS ficou maior do que a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial. Virou um tecnicismo meio sem sentido. Meio vazio. Porque não tem problema você ir ajustando os componentes se as pessoas tem incorporado o que elas tem que fazer. Para onde vai. (...) Como eu acho que a Luta Antimanicomial é maior que a RAPS, eu acho que a RAPS está tendo problemas. E terá. Agora, acho que a Saúde Mental é quem dialoga hoje com o sofrimento do movimento negro, com os direitos humanos, com a questão das mulheres que não vão voltar para o lugar que tinha antes dessa crise, porque eu acho que a história vai em espiral. Então, a gente voltou no mesmo lugar, mas num outro patamar. E a Luta Antimanicomial sairá fortalecida. No princípio do que era a Carta de Bauru. Que era um projeto societário. (Representante município 1)

As entrevistadas expressaram parcela do que o GCE, como um todo, reflete. Apesar de se questionar quanto ao seu papel e modo de funcionar, é um grupo que parece ter se apropriado de seu objeto de trabalho, mas que se sente muitas vezes politicamente enfraquecido. Talvez o GCE precise também fazer esse exercício de escuta sobre o que cada qual imagina como propositivo a ele. Dessas entrevistas saíram críticas e possibilidades de ação que certamente fortaleceriam seu papel. Elas refletiram alguns possíveis caminhos para torná-lo mais potente, entre eles: trabalhar melhor o uso de fontes de informação para a produção de indicadores de acompanhamento das ações e serviços da RAPS; compartilhar e

trabalhar conjuntamente essas informações em nível local e regional; apoiar ações que possam melhorar os registros de dados, documentos (como os PARs) e troca de experiências¹⁶⁶ e ações de cuidado no intuito de fortalecer as redes; resgatar o contato com os Grupos Condutores Regionais e ajudar numa retomada, de forma mais simples e menos burocrática, os PARs, além de melhorar a participação e a representatividade no GCE (incluindo outros perfis de representação que não somente os entes federados). Essas ações certamente não serão solução, mas poderão ajudar a minimizar os efeitos dos problemas também citados de subfinanciamento, da cultura manicomial, dos jogos de poderes (dos mais técnicos aos mais políticos) locais e territoriais, sobretudo, ajudar a enfrentar esse cenário de crise político-institucional e econômico e de contrarreforma, que pode abalar, mas provavelmente não extinguirá, a força que vem do SUS e da RAPS.

VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS: SOBRE AVANÇOS, RECUOS E O FUTURO DA RAPS

“O pior CAPS ainda é melhor que um hospital psiquiátrico”. Essa fala, do ator de um reconhecido grupo de teatro, ex-interno de hospital psiquiátrico e agora usuário de CAPS, fez parte da abertura do Congresso da ABRASME de 2019.

Ela condensa a fronteira que, na defesa do modelo de atenção psicossocial, não se deve ultrapassar, por mais que algo da política se modifique. Trata-se desse direito de poder frequentar, estar e participar das decisões referente ao próprio cuidado dentro de um serviço, que precisa nortear a discussão atual frente aos embates que tem abalado os alicerces da RAPS. Mesmo que em algum momento de fragilidade seja requerido, por exemplo, uma internação, essa linha tênue precisa ser reafirmada, e geralmente isso é possível quando há o

¹⁶⁶ O grande número de participantes e de inscrições de trabalhos num evento ocorrido no final de 2019, promovido pela assessoria técnica de saúde mental, expressou essa necessidade de dar continuidade a processos como esse.

estabelecimento de algum vínculo de quem conduz essa situação como processo de cuidado, na condição de uma suspensão breve e temporária da liberdade. Do ponto de vista ético, a condição de liberdade precisa estar garantida sempre. Acima de qualquer suposta proteção e poder, incluindo a da Psiquiatria.

Essa pesquisa começou com o mal-estar da situação de institucionalização de moradores de hospitais psiquiátricos que ainda persiste no sistema, com a evidência da criação de novos, apesar da constituição da RAPS. Essa inquietação se avolumou, permeada pelas discussões junto ao GCE, mediante afirmação recorrente de que faltam leitos psiquiátricos, oriundo de dado movimento que alguns teóricos tem atualmente nomeado de contrarreforma. (LIMA, 2019; LUSSI e cols, 2019; CAVALCANTI, 2019, entre outros)

Toda a linha de raciocínio da pesquisa, que se desdobrou via contato próximo com o GCE da RAPS e os dados levantados referente à rede que passaram a ser discutidos em grupo, carrega esse fio condutor em sua base. Por considerar que a razão de existir da RAPS é a aposta de que em sua concepção e organização espera-se que se necessite cada vez menos das internações, em vista de todas as possíveis estratégias de cuidado ofertadas que possam minimizar as chances de uma crise que requeira esse tipo recurso, sempre traumático e extremo. Alguém, em um momento de vida que precisou de uma hospitalização, gostou da experiência? Isso, considerando internações breves, clínicas, em hospitais gerais. Por que seria diferente com uma internação psiquiátrica?¹⁶⁷ Fazer essa crítica, que para muitos dos profissionais que adotam uma vertente de tratamento mais hospitalocêntrica, se reduz a ser do contra, da militância, da ideologia, constitui um questionamento ético profundo quanto aos impactos que uma internação pode ocasionar a uma pessoa. Ainda pior se ela permanece na instituição até virar uma “moradora de hospital”. Só dessa forma se é capaz de pensar nessa

¹⁶⁷ Uma fala de Mirsa Dellosi que marcou profundamente a pesquisadora.

estratégia como último recurso possível, quando todos os demais já se esgotaram. E, no plano ideal, que fosse exclusivamente dentro de um Hospital Geral.

Ao longo desse trabalho de pesquisa, principalmente após a mudança na gestão federal, pelo Ministério da Saúde, da coordenação de saúde mental em 2017, o discurso da falta de leitos em psiquiatria ganhou força: com o argumento de que tem ocorrido uma desassistência pelo fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos; que estes foram reformados, mudaram seu modo de tratar os pacientes e, portanto, não deveriam ser retirados da rede de serviços, pois os demais serviços ofertados não eram suficientes ou substitutivos (visto a necessidade de prioridades que garantissem ganho de escala diante da escassez dos recursos).

Antes de já responder da forma esperada, do ponto de vista dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, que se posiciona contra a existência dos hospitais psiquiátricos como princípio (mas que é a favor e incentiva leitos em hospitais gerais), talvez fosse preciso primeiro perguntar: Mas será que, de fato, faltam leitos de psiquiatria?

Na radicalidade desse questionamento, deveríamos nos inquirir porque a pergunta começa justamente pelo fim. Pelo momento, em princípio, onde todos os demais recursos foram esgotados. O que será que acontece para que não se prescindia da internação? O que se passa, ao longo da RAPS que acaba por acarretar uma internação? Tem um tanto que pode ser das condições clínicas da própria pessoa, mas o quanto não está também relacionado com lacunas, com vazios e com a não resolutividade de algum ou dos demais pontos da rede? Dessa forma, o problema estaria menos na falta de leitos do que na falta de resolutividade da rede, em algum ponto da atenção, para determinado caso. Muda-se o foco na centralidade do hospital.

Outro dado que chama a atenção é a ausência de pressões da grande mídia. A falta de leitos em psiquiatria não é um tema recorrente do ponto de vista das denúncias, ao contrário,

aliás, do que já se noticiou de casos de maus-tratos e violências dentro tanto de antigos manicômios, como de atuais hospitais psiquiátricos “reformados” e, mais recentemente também em comunidades terapêuticas. Existe apelo e matérias para a falta de leitos em geral no SUS, associada a filas de espera para realização de exames, cirurgias eletivas e atendimento em hospitais. Pouco se noticia especificamente sobre internações psiquiátricas (que, aliás, possui oferta no público maior do que no privado, com notícias que tem apontado que o aumento da demanda por internações tem despertado interesse na saúde suplementar em serviços com características similares aos CAPS).¹⁶⁸

Quando surge alguma matéria, o alerta dessa falta acontece por via de publicações e/ou notícias de entidades de classe médica (Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo (FEHOSP), Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)) ou no risco de fechamento de uma unidade (geralmente por meio de periódicos locais para fazer alguma pressão em não fechar), o que por si, indica certo conflito de interesse, porque estão em defesa dos serviços pelos quais são apoiadores ou até responsáveis. Curiosamente, sinalizam a falta de leitos, mas pouco abordam sobre a falta de psiquiatras e a distribuição desigual desses médicos especialistas, tanto do ponto de vista dos estados do país (tendem a se concentrar mais em parte dos estados da região sudeste e sul) quanto entre as diferentes regiões de saúde de cada estado. (SCHEFFER e col., 2018)

Desse ponto de vista da “falta do médico especialista”, a classe médica deveria ser a primeira a desejar e poder contar com o apoio de equipes multidisciplinares. “É uma disputa

¹⁶⁸ Conferir em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,numero-de-consultas-psiquiatricas-pelos-planos-de-saude-sobe-20-em-dois-anos,70002990910>; <https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2019/11/convenios-criam-estrategias-contras-escalada-de-transtornos-mentais.shtml>.

que não faz sentido, não tem lógica do ponto de vista dessa necessidade” (esta fala aparece num comentário de um dos membros do GCE).

E, se acrescentaria uma segunda pergunta a essa primeira da falta de leitos, para além da discussão do quanto eles seriam ou não suficientes: qual é a qualidade deles? De que tipo são e de que forma estão distribuídos pelos territórios? Quando o argumento é a elevada falta de leitos de internação em psiquiatria e que a permanência dos hospitais psiquiátricos especializados se faz necessária, para além dos hospitais gerais, talvez seja preciso perguntar quais são as características institucionais da oferta dos mesmos.

Quando o grupo se apropriou dessa informação quantitativa, ele ficou menos refém dessa situação. A discussão polarizada pelo embate nomeado como ideológico entre os partidários do modelo da atenção psicossocial com o do “modelo asilar/manicomial” (só a menção desse termo já suscita o embate improdutivo) pôde arrefecer um pouco para dar lugar a uma discussão mais técnica em grupos e instâncias tradicionalmente refratárias à presença de membros da área responsável pela condução da política de saúde mental no estado. Não são poucos os comentários de corredores de que não é possível o diálogo com os “mentaleiros” (esse apelido de raiz afetiva, é incapaz de ofender os que se posicionam como pertencentes a esse grupo), que são contra tudo, contra o que fere a liberdade, a autonomia e o os direitos das pessoas com transtornos mentais, deixando à deriva, tal como um abandono, na errância característica de pessoas que deveriam estar melhor assistidas. Apresentar dados que pudessem indicar os impactos das institucionalizações de longa permanência para a rede ajudou a refletir sobre os jogos de força que estão presentes nessas relações. Da apropriação de suposto argumento técnico e científico para escamotear o político, inerente nesse processo.

Há ainda a convicção de que ficar na tutela de um tratamento, confinado dentro de um hospital, é uma condição melhor do que ficar vagando pelas ruas (este é o tom, por exemplo, da nota técnica sobre a “nova política de saúde mental”) ou ficar em situação de abandono ou

maus-tratos devido a sua condição crônica que impede maior autonomia;¹⁶⁹ ou ainda, nos casos de internações por dependência química, hoje muito frequentes, conforme identificado no levantamento, entre outros exemplos. KINOSHITA (2016) ressalta como a ideia que permeia a condição da cronicidade reforça a institucionalização a longo prazo, com o argumento da necessidade de cuidados especializados em local apropriado a essa finalidade. E a filantropia, que depende desse ideário para a manutenção de seus espaços, reproduz algo similar, sob o prisma da caridade.

A internação, desse modo, vira contenção e confinamento. Essa lógica fica invertida, nas situações que desfecham em internações dessa natureza. E o que deveria ser provisório, para tratar com brevidade, transforma-se em solução definitiva. Com novos disfarces e torções discursivas, prevalece a centralidade no hospital (entre outras conformações institucionais, como as comunidades terapêuticas) como estratégia de captura e exclusão.

Quando ocorre um enclausuramento, que é violento em si, por retirar e isolar o outro de seu *locus* de vivência, isto não deveria ser entendido como resolutivo (por mais que possa ser considerado ainda como modelo). Ao contrário, quando uma internação acontece, e seu desfecho é a institucionalização, pode-se considera-la um fracasso. Se houve essa internação que se prolonga ou não se resolve, foi também porque outros pontos da rede não conseguiram retomar esse caso, retorná-lo ao seu território. No conceito circular da rede, há uma interrupção desse processo. Porque é esperado que fosse responsabilidade da rede oferecer um desfecho que pudesse ser menos violento ao outro. E é preciso criar mais condições de análise sobre esse fenômeno.

¹⁶⁹ E por este argumento há os que encontram-se institucionalizados devido a quadro considerado grave de deficiência mental e/ou TEA Para o detalhamento desse tipo de institucionalização consulte o doutorado de Flavia Blikstein, intitulado *Políticas públicas em Saúde Mental infantojuvenil e filantropia: estudo sobre as instituições de acolhimento para pessoas com deficiência que atendem crianças e adolescentes no Estado de São Paulo* (BLIKSTEIN, 2019). Essa mesma autora realizou pesquisa no mestrado sobre internações psiquiátricas de longa permanência de crianças, com grande repercussão na mídia, conhecido pelo título: *Como se fabricam crianças loucas*.

Diante dessa questão ética, tal internação deveria ser a mais breve possível, para que a pessoa pudesse retornar ao seu território de convivência. E, como os dados demonstraram, essa brevidade parece ficar mais garantida no âmbito dos hospitais gerais, pela própria dinâmica do estabelecimento, que necessita de uma maior rotatividade em seus leitos para dar conta das demandas de procura do serviço.¹⁷⁰ Se uma internação se alonga, o que foi observado como frequente em hospitais psiquiátricos (onde não se pode descartar a conveniência, a convivência e a sustentabilidade do estabelecimento), ela também pode acontecer por questões que envolvem vulnerabilidades sociais,¹⁷¹ para além do transtorno que desencadeou esse processo, com risco, por conta dessa característica, de produzir um novo morador. Afinal, as vulnerabilidades sociais não se resolvem dentro de um hospital, são somente postergadas.

A rede em si talvez também tenha essa dificuldade de se organizar para retomar esses casos com vulnerabilidades, o que reforça uma internação prolongada. Seria interessante algum estudo que pudesse identificar melhor os motivos que dificultam a alta de casos que permanecem por mais tempo nos hospitais. E trabalhar essa informação junto à rede. ZAMBENETTI E SILVA (2011), entre outros autores, alerta que:

(...) uma rede de saúde mental pode assumir diferentes configurações, conforme o agenciamento social efetivado. As redes, muitas vezes defendidas no âmbito das políticas públicas como se fossem “boas em si”, podem também assumir configurações manicomialis a partir de um determinado conjunto de práticas. (p. 460)

Nesse sentido, o que se questiona não é a internação em si, que pode fazer parte de uma estratégia de cuidado numa situação de crise. O problema está na forma como ela pode ser conduzida e concluída. Na lógica do cuidado em rede, na atenção psicossocial, quando

¹⁷⁰ Quando o Hospital Geral consegue ser resolutivo. Porque é possível situações em que ele trata inicialmente a crise e encaminha para o hospital psiquiátrico. Alguns exemplos de casos foram comentados informalmente com a pesquisadora. Seria interessante um estudo que pudesse identificar e analisar esse fenômeno. Porque ele também pode reforçar, com esse recurso, as internações de longa permanência.

¹⁷¹ Que deveriam ser encaminhadas e acompanhadas por meio de outros entes necessários a esse processo.

uma pessoa se fragiliza, as equipes de saúde podem se organizar para garantir uma continuidade desse cuidado em seus diferentes pontos de rede. A disposição a esse cuidado e não para transferir o problema é o que pode fazer a diferença. Por isso a estratégia de acolhimento noturno em CAPS III e os CAPS III com funcionamento 24 horas tem se mostrado tão potente, porque atrela-se à equipe que já realiza o acompanhamento dos casos. Contudo, como não é um recurso presente em todas as regiões, a continuidade do cuidado precisa ser conduzida de outras formas. Se essa estratégia de cuidado está garantida junto à rede local, por exemplo, com uma AB mais organizada para essa finalidade, e nos casos mais complexos, se associar a outros setores (como a Assistência Social), preservando o acompanhamento do caso e garantindo seu retorno ao território, importa pouco o lugar, mesmo que eventualmente seja necessário utilizar o recurso até de um hospital psiquiátrico, porque é única alternativa na região. Afinal, esse impasse dos hospitais psiquiátricos não será solucionado tão facilmente. Todavia, é importante atentar-se também sobre os riscos de uma rede quando vira política de Estado:

Éramos uma política de Estado, ocupando o lugar do discurso oficial com as portarias, as normatizações que pretendiam induzir esse modo de fazer. O risco foi o de fazer da Atenção Psicossocial uma produção serializada, empacotada e enquadrada de práticas destituídas da sua vitalidade e da sua potência instituinte. Mais ainda, palavras que não se fazem compreender, pois se encontram com o discurso majoritário que continua o mesmo: médico-centrado, prescritivo, farmacológico, isolador e segregador. (YASUI, 2019, p. 228)

A despeito do subfinanciamento, da falta de recursos e vazios assistenciais é importante evocar a potência da criatividade diante ou apesar da escassez. É fundamental reconhecer essa condição, e não desprezá-la ou mascará-la, bem como as dificuldades e problemas que essas faltas acarretam. Mas faz a diferença a forma como se posiciona e o uso que se faz com essa afirmação da “falta de recursos”. Às vezes a sociedade fica deveras capturada pelo discurso da falta, sem considerar e dimensionar também as saídas possíveis. A RAPS atualmente não se encontra estruturada na situação ideal, mas está longe de ser a pior.

Houve um passado bem mais sombrio que se precisa evocar na memória, para que o desânimo não contamine os processos criativos, geralmente exponenciais em situações adversas (como *trabalho vivo* em rede, tão citado nas produções de Emerson Elias Merhy e tantos outros autores). Eis a maior estratégia de resistência, que pode até se fragilizar, mas nunca se extinguir. Afinal, o trabalho em rede, segundo FRANCO (2013), acontece sempre, o que muda é a qualidade com que ele opera. E com quais dispositivo se interliga:

O trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo. A imanência das redes nesse processo traz a ideia de pertença, isto é, os trabalhadores pertencem uns aos outros enquanto equipe que opera mesmo que na informalidade; pertencem também a uma rede maior que faz fluxos-conectivos com outras equipes e unidades de saúde e tem suas conexões expandidas para o território da área da unidade ou equipe e o domicílio do usuário. (FRANCO, 2013, p. 232)

A RAPS é composta de muita gente que aposta. É por isso que com tão pouco se faz tanto. Essa é sua maior riqueza. Ela enfrenta inúmeros problemas, mas se sustenta na alegria coletiva e comunitária de sua proposta que, sem exigir altas tecnologias, se mantém pela condução do cuidado.¹⁷² Esse modo de atuar e se posicionar estabeleceu uma crítica ao campo médico para com modelos restritos aos aspectos biológicos e propõem sistemas mais abertos. Como a adoção de proposta relacional, estratégia complexa porque envolve o olhar, a escuta e o contato direcionado ao outro. Em uma das contribuições feita por MERHY (2002), referência nas discussões atinentes a Saúde Coletiva, o autor classifica as tecnologias da saúde como duras, leve-duras e leves. As duras são aquelas associadas às máquinas, aparelhos, equipamentos, normas e estrutura administrativa. As leves-duras relacionam-se aos saberes estruturados, das especialidades, como a clínica médica, a psiquiatria, a psicanálise, a epidemiologia. E as leves consistem nas estratégias relacionais e dialógicas de acolhimento,

¹⁷² No conceito de cuidado que AYRES (2004) tão profundamente se debruça no texto *Cuidado e reconstrução das práticas de saúde*.

busca de autonomia, produção de vínculo e co-gestão de processos de trabalho. O trabalho vivo e criativo de cuidado do outro deriva dessas tecnologias leves.

Já YASUI (2019), baseado no conceito de literatura menor, de Deleuze e Guatarri, defende uma atenção psicossocial menor. Aquela oriunda do popular, do desterritorializado, de natureza política e valor coletivo. Se situa como uma linguagem menor frente aos saberes da saúde, como o médico, mas que preserva sua força por meio dessas características e de estratégias que foram criadas a partir desse substrato (que se aproxima das tecnologias leves de Merhy). Contudo, alerta que:

Talvez tenhamos aqui o desafio de seguir essa trilha: desconstruir o que a política de Estado induziu como prática reprodutora de homogeneidade. O que implica retornar ao plano da invenção, da ousadia e correr riscos. Como sustentar nossas apostas em modos diferentes de produção de cuidado, de saúde, e de vida, em um cenário de forte desinvestimento nas políticas públicas? Como sustentar nosso projeto civilizatório, que tem valores como acesso universal, integralidade, equidade, justiça social, em um cenário que setores conservadores jogam forte suas fichas na manutenção e no aprofundamento das desigualdades e iniquidades? (YASUI, 2019, p. 225)

Um caminho possível e outro recurso que parece ser um diferencial para a rede é a produção de encontros, estratégia também evocada por YASUI (2019). É o se organizar-se para diferentes modalidades de grupos e coletivos. Reuniões de equipe, reuniões com equipes de outras unidades, fóruns ou coletivos de serviços e profissionais, grupos técnicos, grupos condutores, grupos com usuários e familiares, assembleias, entre outras possibilidades de encontros, inclusive menos técnicos.¹⁷³ O trabalho em rede pede esse tipo de contato e relação. Quando se presencia os inúmeros coletivos que vão se formando, herança quase genética da Saúde Coletiva (“Está no DNA da gente se reunir, discutir” – fala de um dos membros do GCE), observa-se que desse movimento, algo se avança continuamente, apesar dos recuos.

A descentralização das políticas de saúde também ajuda nesse mesmo processo. Já está tão disseminada pelos territórios que dificilmente elas se acabariam por completo. É por

¹⁷³ Kinoshita fez menção similar em palestra proferida no Instituto Sedes Sapientiae em 2019.

meio dessa trama heterogênea, descontínua e disseminada da RAPS e do SUS que ambos resistirão.

Mas talvez seja necessário perceber a constituição dessa rede como algo com caráter mais fluído, transitório e descontínuo. Provavelmente, o trabalho em rede se concretiza mais do ponto de vista da micropolítica (das relações) do que da macropolítica, visto que em termos das grandezas institucionais e no escalonamento das ações, seu efeito fica cada vez mais rarefeito na medida em que se amplifica sua estrutura. Não significa que na dimensão macropolítica se deva descontinuar a induzir tal política. Mas olha-la com uma modulação das expectativas, com leituras que possam apreender o trabalho em rede nessa perspectiva micropolítica e microrregional, talvez pelo prisma das linhas de cuidado tal como propostos por muitos autores.

Sem desconsiderar que rede também produz amarras, tramas, formas de captura, pois ela procura certa regularidade. Percebe-se suas lacunas e fragilidades quando algo escapa de sua teia, não adere a ela. A resistência continua nesse lugar e é o que promove a problematização, as reflexões, movimentos e novas criações, modelagens para tentar dar conta disso. Ela, apesar de promover espaço de contato, de trocas, compartilhamentos, afetos é também ordenadora e produtora de uma esperada regulação e normatividade.

Para finalizar é importante apontar certa sensação que o tempo todo circula pelo GCE e, de certa forma, produto desse paradoxo, de algo vivido diariamente nas pessoas que ocupam cargos de gestão nos diferentes níveis federativos. Parcela substancial desses profissionais sofrem silenciosamente, devido ao lugar que ocupam. Vivem os dilemas e contradições de uma reforma inacabada para um modelo que de tanto preservar concessões, corre também o risco de se descaracterizar. A política de saúde mental, mais frágil do que se supunha, após a promulgação da lei 10.216, sofre constantes reveses sempre com a presença da institucionalização à espreita, em novas roupagens.

Esses mesmos profissionais, muitas vezes com uma equipe reduzida, precisam administrar os hospitais psiquiátricos, aqueles ainda de grande porte, que insistem em existir, porque hoje reformados continuam presentes enquanto os leitos em hospitais gerais não avançam. E estes, obviamente, deixam de avançar a serviço da conveniência destes que continuam em funcionamento. Ambos se acomodam.

Nos interstícios dessas contradições surgem situações de difícil solução, outro foco de tensão dos profissionais técnicos que transitam nas instâncias de gestão. A pesquisadora tomou a liberdade de adotar o termo “Deep SUS” (parafraseando o da Deep Web) para nomear um conjunto de serviços, resquícios de uma história de sobreposições de decisões que foram tomadas em situações de transição (sem um aparato normativo ainda claro) ou por alguma brecha ou saída melhor diante de uma condição inicialmente provisória que vai se prolongando tenazmente, sem solução a médio e longo prazo.

São exemplos desses serviços (para além dos hospitais psiquiátricos, sem dúvida o maior nó da rede), adotando como referência a instância estadual (mas que deve se estender para outras dimensões federativas), onde a pesquisa pôde se aprofundar melhor:

- Lares abrigados geridos ou não por hospitais psiquiátricos;
- CAPS de gestão estadual;
- Os Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental - CAISM entre outros centros de referência, que ficam muitas vezes apartados da rede, numa gestão paralela, geralmente vinculada a uma OSS;
- Leitos especializados em AD, que em parte inclusive são custeados de convênio direto do Tesouro e não produzem AIHs (com isso não é possível registrar dados via SIH no DATASUS para monitoramento das informações (o que pode gerar uma distorção significativa em levantamentos de dados epidemiológicos para o planejamento de ações);

- A permanência de “leitos reserva”, sem uso, mantidos no cadastro dos hospitais psiquiátricos;
- Migração dos hospitais psiquiátricos para outros nichos de ação, com atendimentos de casos neurológicos ou se especializando em cuidados prolongados (no caso dos de direta) ou mudando o modelo de negócios, passando a funcionar até como OSS (no caso dos filantrópicos / privados);
- Asilamento de casos de neurológicos, deficientes e TEA, considerados graves, em instituições filantrópicas, em sua maioria, decorrentes de processos de judicialização de municípios e do estado;
- Casos de desinternação de HCTPs, que não geram AIH de contrapartida, mas os custodiados têm sido legalmente considerado com perfil para ser morador de RT, sobretudo, aqueles que não possuem ou romperam seus laços sociais e/ou familiares e encontram-se em situação de extinção da medida de segurança por cessação da periculosidade. Situação complexa que gera tensão nos territórios e atravessa a organização do grupo de moradores de hospitais psiquiátricos que também aguardam uma vaga e estão internados há muito mais tempo;
- As comunidades terapêuticas que inicialmente ficavam na pasta da Saúde com normativa incerta e tem sido transferida, com essa mesma característica, para a Assistência Social;
- O intenso fluxo de judicialização para solicitação de internações que, por conta desse processo, são mais prolongadas.

Entre outros prováveis exemplos. Incluídas situações ainda não descobertas ou melhor apropriadas, como os processos de fornecimento de medicamentos (psicofármacos), composição dos custos / financiamento que mantém uma lógica muito fragmentada oriunda de fontes de recursos distintos, incluídas as contrapartidas dos entes federados, entre outros projetos que ora e outra aparecem já em funcionamento, sem discussão prévia e o parecer da área técnica.

Operando num limbo administrativo, esses exemplos compõem um emaranhado de situações, produtos da história aqui contada, que atravessam e fazem certo ruído à “rede ideal”. Existem os pontos de atenção que ajudam a tecer a rede e os nós de tensão que a embaralha. O drible dessas situações paralelas é grande para que o fio fragilmente tecido não se rompa. Além do desgaste que esse “nó paralelo” também gera nos envolvidos nesse processo. Nas palavras de uma das entrevistadas:

É que eu acho que sempre teve duas redes de Saúde Mental no Estado de São Paulo. Uma rede chamada RAPS, custeada e incentivada pelo Ministério da Saúde. Mas que paralelamente se manteve uma outra rede que eu desconheço. Uma rede composta de CAISM. De PAI. Que mais que tem? De AME Psiquiatria e tal. Só que se mantinha. (Representante município 1)

Não é propriamente responsabilidade de alguém, antes que facilmente se operem possíveis especulações em busca de culpados. É quase um refugio administrativo de uma história, em processo, inacabada, onde muitos transitaram tentando dar conta do que escapa à norma. Bem, nada mais foucaultiano. Mesmo no normativo, outro paradoxo interessante, há linhas de fuga. Esse algo que escapa não deixa de ser uma insurgência normativa.¹⁷⁴ E, de certa forma, as descontinuidades também referem-se a esses fenômenos. FOUCAULT (2002) intuiu esse problema já na década de 70:

Ele se serve dela (a crítica sobre a política de setor de Robert Castel) também para fazer aparecer o que é, sem dúvida, um dos problemas mais agudos de nossa atualidade. Nossas sociedades e os poderes que nela se exercem são colocados sob o signo visível da lei. Porém, de fato, os mecanismos mais numerosos, os mais eficazes e os mais fechados atuam nos interstícios da lei, segundo modalidades heterogêneas ao direito, e em função de um objetivo que não é o respeito da legalidade, mas a regularidade e a ordem. Todo um regime de não-direito estabeleceu-se, com efeitos de desresponsabilização, de tutelado e de manutenção na menoridade; e aceitamo-lo ainda mais por ele poder justificar-se, de um lado pelas funções de proteção e segurança, de outro, por um *status* científico ou técnico. (p. 327-328)

¹⁷⁴ Quando é possível olhar de forma distanciada para esses exemplos, sem o calor da indignação e do inconformismo, muitos chegam a comentar nos corredores, em reuniões e até nas entrevistas, que seria menos complicado e daria menos trabalho se fossem feitos conforme a norma e a lei. Soa quase como uma ironia normativa.

Mas talvez o desgaste maior, do ponto de vista dos coletivos, se opere no nível relacional desses paradoxos. Às vezes depara-se com certos protestos, em alguns momentos mais tensos, que se atracam também àqueles que apoiam os preceitos da reforma psiquiátrica, porém foram ou são agentes da gestão. Sendo que de certa forma, todos os trabalhadores SUS compõem esse espectro. Logo já se estabelece o embate quando alguém assume essa linha de trabalho. A crítica recai justamente na manutenção ou permanência dessas situações inacabadas ou atravessadas que compõem o contexto da RAPS. Apontam uma suposta convivência de algo que seria inaceitável, mas que também desconsidera a complexidade dessas situações. KINOSHITA (2007) aborda esse tema indicando a importância estratégica de se estar também nesse lugar, apesar dos dilemas vividos:

Ao longo desses anos todos, muita gente que está aqui participou e conseguiu conquistar, pela própria força do movimento, espaço no aparelho do Estado brasileiro, nos municípios, nos Estados, e no governo federal também. Nas origens, era mais tranquilo analisarmos criticamente a relação da sociedade em relação à doença mental através dos seus aparelhos de estado, “Abaixo o Estado, porque o Estado é burguês, o Estado burguês é reacionário com as pessoas, destrói a liberdade dos indivíduos.”

Quando você começa a ter não apenas a possibilidade, mas a responsabilidade de poder transformar esses ideais e operacionalizá-los concretamente, as coisas começam a ficar mais difíceis. Passamos a nos auto-justificar, justificando as nossas dificuldades, as nossas limitações, sem nos darmos conta de que justificamos o mesmo Estado que criticávamos, do jeito que é. (...) Porque muitos aqui estão numa situação de ser agentes de Estado, e acho que temos que enfrentar isso de uma forma menos culpada, crítica, mas, ao mesmo tempo, mais leve. Estar no aparelho de Estado não é uma natureza, mas pode ser uma estratégia. (p. 125)

Esse aspecto é algo que merece discussão e cuidado. Para que se possa, em tempos áridos, somar e não subtrair.

Por fim, essa pesquisa foi um primeiro movimento, em busca de dados, histórias, relatos e contextos. Ela acena possibilidades, mas ainda precisa percorrer um longo caminho antes de chegar a novas considerações. Essa experiência sinaliza que a organização de uma espécie de rede de “Observatórios de Saúde Mental”,¹⁷⁵ que pudesse dar continuidade a essa busca de dados e de relatos, poderia ser uma direção possível, no sentido de tentar compor um

¹⁷⁵ Já existem algumas iniciativas muito interessantes, a maioria vinculada ao meio acadêmico.

arquivo que pudesse preservar as memórias e os registros, para ajudar na costura dessa rede que é feita de muita história e gente. Que esse estudo seja o princípio e não o fim dessa disposição e que ele possa se coletivizar em suas diferentes leituras e dimensões, da micro à macropolítica.

VII - POSFÁCIO

De repente, surge uma Pandemia. E, com ela, uma rede que se reinventa.

Há poucas semanas da data prevista para a defesa dessa pesquisa irrompe uma pandemia que atinge o país em dimensões impensáveis. Passados 6 meses o país acumulou cerca de 5 milhões de casos confirmados e perto de 150.000 vidas perdidas. Com cifras em crescimento por tempo indeterminado. Sem considerar casos subnotificados aos milhares.

A condução política do país para lidar com a maior crise sanitária já ocorrida no mundo contemporâneo segue desastrosa e, de certa forma, reflete parte do argumento contido nessa pesquisa. Somos um dos países que acumulou os piores resultados, até o momento o segundo com o maior número de óbitos.

O Brasil teve a chance de oferecer uma ação coordenada e fortalecida, mas o atual Governo optou pelo acirramento da disputa política causando uma série de conflitos e desinformações que prejudicou um melhor desempenho na prevenção ao coronavírus. Um governo federal que se alimenta, aliás, desse tipo de funcionamento destrutivo e mortífero. Exemplo concreto da Necropolítica (MBEMBE, 2018) em tempo real.

Se o Brasil não tivesse o SUS, essa situação provavelmente seria pior do que a tragédia já deflagrada. O SUS que tem feito a diferença nessa pandemia. E talvez o único

aspecto interessante desse momento tão difícil foi dar essa visibilidade e o reconhecimento de sua importância.

E foi justamente a descentralização assim como a garantia de autonomia dos entes federados, tal como funciona no SUS, que ajudou a administrar parcela dessa crise. Precisou até ser reiterada essa garantia via Superior Tribunal Federal, contrariando a posição do presidente que contou inclusive com a saída de ministros considerados centrais para a sua gestão, incluídos dois do Ministério da Saúde, no ápice da Pandemia, abrindo a porta para mais uma pasta militarizada com o atual ministro.

Diante de uma sociedade polarizada, a situação foi piorando com um isolamento social feito de forma parcial, titubeante, burlado, boicotado e cumprido somente por cerca da metade ou menos da população. A essa situação somou-se a pressão vinda por uma “Sociedade do Necromercado”, parafraseando o termo, que insiste em consumir mesmo correndo risco de saúde e sem dinheiro para gastar, afinal a crise atingiu a todos em maior ou menor escala. Arrastamos uma “quarentena” pouco organizada e resolvemos flexibilizar o isolamento para a retomada gradual da vida social de forma precoce, no momento em que os números continuavam em vertiginoso crescimento.

Com isso, estados e municípios assumiram para si a gestão dessa situação. O país teve alguns estados que performaram melhor do que outros por depender de uma série de variáveis complexas atravessadas por um cenário de desigualdades sociais e territoriais. Com o passar dos primeiros meses, estados e municípios optaram pela retomada gradual das atividades porque não valia mais o desgaste e risco político (inclusive de apoiadores) em sustentar medidas rígidas de isolamento, visto que parcela importante da população também não aderiu a proposta da forma como deveria.

Nesse contexto pandêmico, do ponto de vista da dimensão da RAPS foram observados alguns aspectos que nos convocam à reflexão.

O primeiro deles, talvez o mais importante, refere-se ao aspecto cultural. Diz respeito a experiência do isolamento social. A sociedade sentiu na pele o que é ficar isolado por força maior. O quão violento pode ser esse efeito. Inclusive, reagiu de forma ambivalente e polarizada, influenciada em certa medida por esse jogo político permeado de desinformações e pela dificuldade em se manter nessa condição.

Essa experiência de trauma vivido coletivamente talvez ajude a sensibilizar, pela comparação, ao problema da institucionalização e dos efeitos iatrogênicos de uma internação de longa permanência (sempre marcada pela solidão de manter a pessoa afastada de seu convívio social), em busca de uma mudança cultural mais consistente quanto a esse ideário e ao estigma da loucura.

Do ponto de vista do funcionamento dos serviços durante esse momento de pandemia pudemos observar iniciativas muito interessantes e potentes. Os serviços se viram na situação de interromper ou diminuir drasticamente a rotina de atendimentos nos primeiros meses.

A SES passou a receber algumas notícias da rede até que, com o advento dessas comunicações virtuais em tempo real, iniciou um ciclo de webconferências para troca de informações, protocolos e no intuito de escutar os profissionais da rede. No início, com discussões sobre como os serviços precisariam se organizar para essas mudanças e interrupções e em como garantir alguma retaguarda aos casos mais complexos. Depois para refletir sobre a retomada gradual dos atendimentos e do funcionamento dos serviços e, por fim, sobre o que estavam observando dos impactos da pandemia em relação à equipe e aos usuários dos serviços. Os participantes, profissionais do SUS, eram provenientes de diversas unidades espalhadas pelo Estado de São Paulo, principalmente de UBSs, NASF e CAPS. Foram feitas conversas mais direcionadas às equipes dos hospitais (gerais e psiquiátricos) devido a necessidade de discutir de forma mais detida as diretrizes e protocolos. Com isso, o Estado estabeleceu uma aproximação com os serviços e suas respectivas regiões de saúde.

É interessante apontar que as internações psiquiátricas foram evitadas ao máximo nos primeiros meses, sem repercussões significativas. Contudo, quem já estava dentro de um hospital precisou permanecer por tempo maior, incluindo a impossibilidade de receber visitas presenciais, ter algum acompanhante ou ser transferido para uma RT (no caso dos moradores de HP). E, depois, as internações foram retomadas, após realizar adaptações para garantir mais segurança nos espaços hospitalares, somado a um recurso federal recebido especificamente no contexto de prevenção da COVID-19. Portanto, mais um incentivo dirigido aos hospitais especializados.

Os usuários de CAPS também tiveram seus atendimentos suspensos, exceto nas situações de crise. Após um breve período de adaptação, inúmeras iniciativas singulares começaram a acontecer nos serviços, parte delas com recursos próprios dos profissionais. Passaram a ofertar atendimentos virtuais (individual e em grupo), orientações aos familiares, oficinas e atividades recreativas, exercícios físicos e de autocuidado, entre outras inúmeras iniciativas nos distintos serviços e territórios. Nosso desejo, pessoal e como GCE, é estimular a produção desses relatos e reuni-los para não se perder essa importante memória.

Mesmo na sombra dessa situação tão difícil ainda há réstias de luz. Observar esses movimentos solidários e de redes de apoio muito potentes se organizando nos mais distintos territórios acena para algum futuro ainda incerto, mas que poderá cuidar de suas feridas. Apesar da escassez de recursos, de resultados mais pontuais e de alcance limitado, são esses movimentos que farão alguma diferença. Para além dos grandes esforços do SUS e dos nossos profissionais de saúde, muitos doando sua própria saúde e vida para evitar mais perdas.

VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A.A.S. *Uma fábrica de loucos: psiquiatria x espiritismo no Brasil (1900-1950)*. Tese (Doutorado). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2007.

AMARANTE, P. (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARO, Jorge Wohwey Ferreira. A história do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas e do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 44-71, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832003000200001

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, Fev. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

BALAGUER, G. Franco da Rocha e os primórdios da psiquiatria em São Paulo no século XIX. I Seminário Internacional Brasil no Século IX. Sociedade Brasileira do Estudo dos Oitocentos. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória-ES. 2014. (Disponível em <https://www.seo.org.br/images/Anais/Arthur2/Gabriela%20Balaguer.pdf>)

BARROS, Sonia; BICHAFF, R. (Org.). *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo*. São Paulo: Fundap / Secretaria de Saúde do Governo do Estado de São Paulo, 2008.

BELLIS, A.C. *Liberdade e vigilância: o lugar da alta no discurso legal sobre a internação psiquiátrica*. 2004. (Dissertação Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BRASIL. Portaria GM n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

_____. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Lex – Coletânea de Legislação e Jurisprudência: legislação federal e marginalia*, São Paulo, v. 75, p. 482-489, jun. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Manual técnico do Sistema de Informação Hospitalar / Ministério da

Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 198 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.160 p.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015*. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p.

_____. Portaria GM n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28/09/2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 7-11, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/01.pdf>

BIRMAN, J.; COSTA, JF. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BLIKSTEIN, F. Políticas públicas em Saúde Mental infantojuvenil e filantropia: estudo sobre as instituições de acolhimento para pessoas com deficiência que atendem crianças e adolescentes no Estado de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2019.

CAMINOTTO, A.J.L. Contribuindo para a transição de uma instituição psiquiátrica - Centro de Reabilitação de Casa Branca-SP em um hospital Geronto/geriátrico. 2008. 124 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

CAVALCANTI, M.T. Perspectivas para a política de saúde mental no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00184619, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2019001300201&script=sci_arttext

CAYRES, A.Z.F.; RIBEIRO, M.C.; ELIAS, R.; COUTINHO, R.A. (Org.) Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2015, 147p.

CESAR, J.M.; SILVA, F.H.; BICALHO, P.P.G. O lugar do quantitativo na pesquisa cartográfica. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 357-372, Aug. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000200009>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional. Brasília: CFP, 2019, 128 p.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CIRINO, O. *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

DE ALMEIDA RAMOS, R; TAIAR, I; TREVIZOL, A.P.; SHIOZAWA, P.; CORDEIRO, Q. . Effect of a Ten-Day Prefrontal Transcranial Direct Current Stimulation Protocol for Crack Craving. *The Journal of ECT* , v. ., p. 1, 2016.

DIMENSTEIN, M. A ação clínica e os espaços institucionais das políticas públicas: desafios éticos e técnicos. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *V Seminário Nacional Psicologia e Políticas Públicas: subjetividade, cidadania e políticas públicas*. São Paulo: Conselho Federal de Psicologia, 2011, p. 85-125.

DINIZ, D. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2013. 382p.

DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

DUARTE, L.S. *Desenvolvimento desigual e regionalização do SUS: uma análise territorial dos recursos financeiros para as redes de atenção à saúde no Estado de São Paulo (2009-2014)*. Tese (Doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2016, 260 p.

ENOKIBARA, M.; TREVIZOL, A.; SHIOZAWA, P.; CORDEIRO, Q. Establishing an effective TMS protocol for craving in substance addiction: Is it possible?. *The American Journal on Addictions* , v. ., p. n/a-n/a, 2015.

FERIGATO, S.H.; CARVALHO, S.R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.15, n. 38, p.663-676, Set. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000037>.

FERNANDES, MIA. Saúde mental: a clausura de um conceito. *Revista USP*. N. 43, 1999.

FEUERWERKER, L.C.M. *Micropolítica e Saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). *Guia de fontes e catálogo de acervos e instituições para pesquisas em saúde mental e assistência psiquiátrica no Estado do Rio de Janeiro*. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: LAPS, 2004. 356 p.

FLEURY S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):743-752, 2009. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/10.pdf>

FLEURY, S. e OUVÉRY, A. O sistema único de saúde brasileiro: Desafios da gestão em rede. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*. 2006.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da Medicina Social. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979a. P. 79 -98.

FOUCAULT, Michel. Sobre a Geografia. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979b. P. 153-165.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1995.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. 13.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

FOUCAULT, M. *Estratégia poder-saber*. Petrópolis, RJ: Forense Universitária, 2003. (Ditos e Escritos, v. 4)

FOUCAULT, M. *Os Anormais: curso dado no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. *Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. (1978). A incorporação do hospital na tecnologia moderna. In: FOUCAULT, M. Ditos e Escritos VII: arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. 1.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011, p. 444-458.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em rede. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 226-242.

GARCIA, M. A mortalidade nos manicômios da região de sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. *Psicologia Política*, v. 12, n. 23, p. 105-120, jan-abr, 2012.

GAROFALO, B.S.; SOARES, C.B.; CORDEIRO, L. Políticas públicas estatais na área de drogas: o caso do “programa de braços abertos”. *Revista Sociologia em rede*, v. 5, n.5, 2015. Disponível em: <https://redelp.net/revistas/index.php/rsr/article/view/8cavalcanti5/260>

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GUERRA, D.M. *Descentralização e Regionalização da Assistência à Saúde no Estado de São Paulo: Uma Análise do Índice de Dependência*. Tese (Doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2015, 209 p.

INSTITUTO ECONÔMICO DE PESQUISA APLICADA (IPEA). Nota Técnica 21: Perfil das Comunidades Terapêuticas. Brasília: IPEA, 2017.

KASTRUP, V.; BARROS, R. Movimentos funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.) *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015, p.17-30.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec, 1996, p. 55-59.

KINOSHITA, R.T. *Autopoiese e Reforma Psiquiátrica*. São Paulo: Editora Hucitec, 2016. 308 p.

KINOSHITA, R.T. Prolegômenos para a dissolução de uma pedra de crack no sapato do Estado. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (CRP/SP). *Psicologia e moradia: múltiplos olhares sobre a questão habitacional*. São Paulo: CRP, 2019, p. 96-109.

LOBOSQUE, A.M. Um desafio à formação: nem a perda da teoria, nem o medo da invenção. In: LOBOSQUE, A.M. *Caderno Saúde Mental: A reforma psiquiátrica que queremos. Por uma clínica antimanicomial*, v. 1. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2006, p. 33-44.

LIMA, R.C. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290101, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000100100&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

LUCAS, L.S. De pacientes a cidadãos – A trajetória da Associação Loucos pela Vida no município de Mogi das Cruzes, SP. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2007.

LUSSI, I.A.O. e cols. Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, 27(1):1-3, Jan-Mar. 2019. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/2502>

LUZIO, C.A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 281-298, Dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832006000200002&script=sci_abstract&tlang=pt

MACHADO, R. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

MAGALHÃES JR H.M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 52, p. 4-7, out 2014

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2010

MÂNGIA, E.; ROSA, C. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 13(2), 71-77, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v13i2p71-77>

MBEMBE, A. Necropolítica. São Paulo: N-1 edições, 2018. 80p.

MELLO GA et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1291-1310, 2017

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES E.V. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 52, p. 4-7, out 2014

MENDES, Á. e col. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saúde e Sociedade* [online]. 2015, v. 24, n. 2 Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902015000200423&script=sci_arttext&tlng=en#

MERHY E.E. Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saúde Soc.* São Paulo, v.21, n.2, p.267-279, 2012.

MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do tralho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental, 2019.

NADER, A. *O não ao manicômio: fronteiras, estratégias e perigos*. São Paulo: Benjamin Editorial, 2019.

NATALINO, M.A.C. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. *Textos para discussão*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). 2016.

NETO, J.L. *Psicologia, Políticas Públicas e o SUS*. 1.ed. São Paulo: Escuta, 2011, 246 p.

ODA, A. M. G. R; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005.

OLIVEIRA, M.V.; VIEIRA FILHO, N.G.; DIMENSTEIN, M. A ação clínica e os espaços institucionais das políticas públicas: desafios éticos e técnicos. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. V Seminário Nacional Psicologia e Políticas Públicas: subjetividade, cidadania e políticas públicas. São Paulo: Conselho Federal de Psicologia, 2011, p. 85-125.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P.. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&lng=pt&nrm=iso>

ONOCKO-CAMPOS, R.T e outros. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 43, supl. 1, p. 16-22, ago. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800004&lng=pt&nrm=iso>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – Redes integradas de servicios de salud: integración de programas prioritários de salud pública, estudios de caso de la Región de las Américas y el Caribe. Lima, Organización Panamericana de la Salud, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Brasília, OPAS/OMS, 2010a.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, HSS/IHS/OPS, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2010b.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate. Brasília, OPAS/OMS, 2011.

OUVERNEY, A.M.; RIBEIRO, J.M.; MOREIRA, M.R. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, Abr. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1193.pdf>>.

PACHECO E SILVA, A.C. Necessidade da criação de serviços abertos para a internação voluntária de psychopaths, de ambulatorios, dispensários e de uma clinica psiquiatrica em São Paulo. *Archivos paulistas de Hygiene Mental: organ oficial da Liga Paulista de Hygiene Mental*. Anno I, Num.1. 1928. p.1-6.

PAIM J et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Saúde no Brasil*. www.thelancet.com. 2011. http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf

PASSOS, E.; BARROS, R. Cartografia como método da pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.) *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015, p.17-30.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. Apresentação. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.) *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015, p.7-16.

PAULIN, L.F.; TURATO, E.R. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol.11(2): p. 241-58, maio-ago. 2004.

PORTOCARRERO, V. M. *O dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira*. 1990. 213 p (Doutorado em Filosofia) - Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CORDEIRO Q; RIGONATTI,SP ; RIBEIRO, RAFAEL BERNARDON . Normatização do uso da eletroconvulsoterapia para o tratamento de crianças e adolescentes: além dos aspectos técnicos, científicos e éticos. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, v. 57, p. 92-94, 2012.

RIBEIRO, P.T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 1075-1084, Abr. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1075.pdf>>.

RIBEIRO, R.A. Loucura, espiritismo e obsessão: práticas de intervenção psiquiátrica / espírita na cidade de Uberaba-MG (1933-1980). XXV Simpósio Nacional de História. Caderno de artigos. Fortaleza, 2009.

ROBERTSON, H.; PRYOR, R. Memory and cognitive effects of ECT: informing and assessing patients. *Advances in Psychiatric Treatment* (2006), vol. 12, 228–238.

RUI. T.; FIORE, M.; TÓFOLI, L.F. *Pesquisa preliminar de avaliação do Programa ‘De Braços Abertos’*. Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)/ Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM). São Paulo, 2016.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Deliberação CIB n. 87, de 3 de dezembro de 2012. *Diário Oficial [do] Estado de São Paulo*, Poder Executivo, 9 out. 2013. Seção 1, p. 49. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.out.13/Iels192/E_DL-CIB-87_031212.pdf>. Acesso: 12 maio 2015.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde. Orientações para a pactuação municipal e regional dos indicadores do SISPACTO 2019. São Paulo: SES/SP, 2018.

SANTOS, B.S. A construção multicultural da igualdade e da diferença. 1999, p. 38 a 61.

SANTOS, L; CAMPOS, GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saude soc.*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, Jun 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00438.pdf>

SANTOS F. MEHRY E. A regulação pública da saúde no Estado Brasileiro– uma revisão. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, June 2006.

SCARCELLI, I.R. *O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989-1992*. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 199. 149p.

SCHEFFER, M. e col. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p.

SEIXAS, A.A.A. Instituto de Psiquiatria - FMUSP: o contexto histórico em São Paulo entre as décadas de 1920 e 1950 para recepção da psiquiatria como um saber médico. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Psiquiatria, 2012.

SERRA, L.N.; SCHUCMAN, L.V. Branquitude e progresso: a Liga Paulista de Higiene Mental e os discursos paulistanos na contemporaneidade. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 288-311, abr. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000100017

SESTELO JAF; SOUZA LEPF; BAHIA L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(5):851-866, mai, 2013

SHIOZAWA, PEDRO ; TREVIZOL, ALISSON ; BERNARDON, RAFAEL R. ; CORDEIRO, QUIRINO . Electroconvulsive therapy for a psychotic adolescent during the first trimester of pregnancy: case study. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, v. 37, p. 166-167, 2015.

TARELOW, GQ. A moral, a política e algumas questões científicas presentes no Hospital do Juquery: abordagens de Pacheco e Silva (1923-1950). *Histórica: Revista Eletrônica do Arquivo Público do Estado de São Paulo*, n. 51, dez.2011. Disponível em: <http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao51/materia03/>

TOLEDO, RF e col. Fundamentos, motivações e dificuldades da pesquisa-ação na opinião de alguns pesquisadores. In: Toledo, RF; Rosa, TEC; Keinert, TM; Cortizo, CT. *Pesquisa participativa em saúde: vertentes e veredas*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018, p. 131-151.

WALLERSTEIN, N. Prefácio. In: Toledo, RF; Rosa, TEC; Keinert, TM; Cortizo, CT. *Pesquisa participativa em saúde: vertentes e veredas*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018, p. 11-26.

TURATO, E.R.T. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

VALENTE, M. A luta contra os manicômios e a exclusão social. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v.8, n.2, p.17-19, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v8n2/07.pdf>.

VENTURA, M. e col. Judicialização da Saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito a Saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.20, n. 1, p. 77-100, 2010.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Scielo - Editora FIOCRUZ. Edição do Kindle, 2010.

YASUI, S. Apostas em uma atenção psicossocial menor. In: EMERICH, B.; ONOCKO-CAMPOS, R. *Saúdeloucura* 10. São Paulo: Hucitec, 2019.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R.A.N. Cartografia e genealogia: aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 454-463, Dec. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000300002>.

IX - ANEXOS

Anexo 1

Declaração de Anuência

Eu, Rosângela Elias, R.G 13.598.212, Assessora Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, declaro estar ciente da realização da pesquisa de doutorado pertencente ao Programa de Pós Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), intitulada **Avanços e descontinuidades na implantação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado de São Paulo: regiões de saúde e a micropolítica das pactuações interfederativas**.

Acrescento que fui comunicada que parte dessa pesquisa será baseada na produção documental (cronograma, pautas, atas, memórias de discussões e documentos públicos entre outros), do período de julho 2016 a agosto de 2019, realizada pelo Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial (GCE- RAPS). Como coordenadora do grupo, autorizo seu acesso e uso para a pesquisa.

Também estou ciente que serão realizadas entrevistas e um grupo focal, na etapa final da pesquisa, com membros desse grupo e com os articuladores de Saúde Mental que atuam nas Regiões de Saúde, mediante seu aceite de participação por meio de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

São Paulo, 30 de agosto de 2019.

Rosângela Elias

**Coordenadora do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial -
GCE RAPS**

Assessoria Técnica de Saúde Mental

Secretaria de Estado da Saúde

Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENTREVISTA

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa: **“Avanços e descontinuidades na implantação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado de São Paulo: regiões de saúde e a micropolítica das pactuações interfederativas”**, realizada por Alina Zoqui de Freitas Cayres, R.G. 28.052.253-8, pós-graduanda, nível doutorado, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

Essa pesquisa pretende acompanhar e analisar os avanços e descontinuidades na implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Estado de São Paulo, em termos das regiões de saúde e da micropolítica das pactuações interfederativas. Espera observar como as mudanças na condução das políticas públicas de saúde mental ocorridas após a reforma psiquiátrica, as diferenças regionais, as transições de gestores, as pactuações e repactuações nos diferentes níveis de gestão e o próprio cenário atual de crise impactam nesse processo, em termos de avanços e descontinuidades.

Trata-se de pesquisa qualitativa que realizará análise de dados, documentos, entrevistas e um grupo focal. Para tanto, está organizada em 3 etapas: I) na fase inicial levantou dados em fontes públicas, normas, portarias e documentos oficiais referentes à Área de Saúde Mental; II) na fase intermediária consultou documentos produzidos no Grupo Condutor Estadual; III) e para essa fase final será realizada uma entrevista com você, mediante seu aceite e consentimento, onde serão apresentados esses dados levantados (das fases anteriores) para que a partir deles e de sua experiência como membro do Grupo Condutor Estadual da RAPS, você possa versar sobre quais são suas impressões, percepções e análises quanto à implantação dessa rede no Estado de São Paulo.

A entrevista durará cerca de 1 hora e será gravada. Ela envolve riscos mínimos, pois algumas perguntas poderão gerar certo desconforto ou cansaço ao respondê-las. Se isso acontecer, você poderá solicitar não responder alguma das questões apresentadas ou pedir que a entrevista seja interrompida em qualquer momento. Se o mal-estar posteriormente persistir, você poderá entrar em contato com a pesquisadora para receber orientação e/ou atendimento, em caso de necessidade.

Esclarece-se ainda que a participação na pesquisa não envolve custos e nem compensação financeira adicional. Caso ocorra alguma despesa relacionada com essa participação, ela será ressarcida pela pesquisadora.

Esse estudo não oferecerá benefícios diretos ou imediatos para você enquanto entrevistado e não propiciará benefícios diretos e imediatos para suas atividades profissionais ou para a instituição onde trabalha, mas poderá contribuir na discussão sobre o tema e para informações que subsidiem ações voltadas às políticas públicas de saúde mental e à rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS.

O Sr(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a sua recusa em participar não irá acarretar penalidade ou perda de benefício.

Você possui garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa que absorverá qualquer gasto relacionado com ela, garantindo, assim, não oneração de serviços de saúde.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com respeito e seguirão padrões profissionais de sigilo, assegurando e garantindo o sigilo e confidencialidade dos dados pessoais dos participantes de pesquisa. Seu nome, ou qualquer material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. O Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Uma **via** assinada deste termo de consentimento livre e esclarecido será arquivada e ficará sob a guarda da pesquisadora e outra será fornecida ao Sr(a).

O estudo poderá ser interrompido mediante aprovação prévia do CEP quanto à interrupção ou quando for necessário, para que seja salvaguardado o participante da pesquisa.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu, _____,
RG. _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar.

A pesquisadora Alina Zoqui de Freitas Cayres certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e somente os pesquisadores terão acesso. Também sei que caso existam gastos, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora Alina Zoqui de Freitas Cayres e/ou seu orientador Alberto Olavo Advincula Reis nos telefones (11) 3061-7703 / 3061-7827, do Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo também poderá ser consultado para dúvidas/denúncias relacionadas à Ética da Pesquisa e localiza-se na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP, horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 9h às 12h e das 13h às 15h telefone, (11) 3061-7779, que tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho.

Assinei duas vias deste termo de consentimento livre e esclarecido, o qual também foi assinado pela pesquisadora que me fez o convite e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Uma **via** deste documento, devidamente assinada foi deixada comigo.

Declaro que concordo em participar desse estudo.

Nome:
Data:
Voluntário da Pesquisa (Entrevistado)

Alina Zoqui de Freitas Cayres
Data:
Pesquisadora

Anexo 3

Roteiro de entrevista para membros do Grupo Condutor Estadual

(Apresentação dos dados levantados)

- 1) O que vocês pensam sobre os dados levantados?
- 2) E as ações realizadas pelo Grupo Condutor Estadual - GCE? O que considera sobre elas?
- 3) Quanto a elaboração e apresentação dos PARs, comente sobre esse recurso?
- 4) Quais são os maiores desafios enfrentados para a implantação da RAPS?
- 5) O que você pensa sobre o futuro da RAPS?

Anexo 4

LINHA DO TEMPO - SAÚDE MENTAL NO ESTADO DE SÃO PAULO	
Império (1822-1889)	
Estado SP	53 Presidentes da Província São Paulo (mandatos de aprox. 1 ano)
Contexto histórico	Sistema Coronelista, Abolição da Escravatura, Início da industrialização, Proclamação da República
Contexto da saúde	Santas Casas de Santos e São Paulo em funcionamento (fundadas no período colonial), Controle sanitário (portos, epidemias), Estruturação da polícia sanitária, Administração municipal da saúde
Ano	Fatos históricos na psiquiatria e saúde mental no Estado de SP
1852	Inauguração do Hospício Provisório de Alienados de São Paulo (Rua São João). Fechado em 1862.
1862	Abertura do Asilo de Alienados da Ladeira de Tabatinguera da Várzea do Carmo. Fechado em 1907.
Primeira República (1889-1930)*	
*apelidado de República do Café com Leite devido a proeminência dos Estados de SP e MG no país.	
Estado SP	13 Presidentes da Província São Paulo (mandatos de aprox. 1 ano) Todos pertencentes ao PRP (Partido Republicano Paulista)
Contexto histórico e político	1a. Constituição da República (1890), I Guerra Mundial, Crises econômicas, Conflitos militares e civis (Ex. Revoltas Armadas, Guerra dos Canudos), Grande Depressão (1929), Crise do café, Revolução de 30 (liderada por Getúlio Vargas)
Contexto da saúde	Diretoria Geral de Saúde Pública (Oswaldo Cruz), Revolta da Vacina (1904), Caixas de Aposentadorias e Pensão (Lei Eloy Chaves 1923), decretada primeira lei brasileira sobre internação psiquiátrica em 1903 (Decreto n. 1.132/1903, Lei Teixeira Brandão), Decreto 5148A/1927 (reorganização para a Assistência a Psicopatas no Distrito Federal) - "Lei Afrânio Peixoto"
Ano	Fatos históricos na psiquiatria e saúde mental no Estado de SP
1895	Criação das Colônias Agrícolas de Sorocaba
1898	Inauguração do Asilo e Colônias Agrícolas de Alienados do Juquery. Em 1928 recebeu o nome de Hospital de Colônias de Juquery. Até 1950, chegou a ser considerado o maior hospital psiquiátrico da América Latina. Aberto, 251 leitos SUS, parcialmente em uso (gestão estadual).
1918	Primeira disciplina (facultativa) de psiquiatria ministrada em São Paulo pela Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (aulas ministradas por Franco da Rocha no Hospital do Juquery)
1918	Registro de 2 Sanatórios em funcionamento em Guarulhos - Sanatório São Pedro e São Paulo (SSPSP), fundado pela Synagoga Espírita São Pedro e São Paulo / Sinagoga Espírita Nova Jerusalém (Kardecista). Fechado em 1930. Em 1931 vira um leprosário chamado Sanatório Padre Bento.
1918	Inauguração do Manicômio Dr. Luiz Vergueiro (de origem maçônica), posterior Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias (de origem maçônica), na região de Sorocaba. Foi gerida pela Associação Protetora dos Insanos de Sorocaba – APIS. Fechado em 2014.
1922	Abertura do Asilo Allan Kardec (Hospital Psiquiátrico Allan Kardec) da Fundação Espírita Allan Kardec, gerido por José Marques Garcia, em Franca. Aberto 300 leitos, 230 SUS.
1924	Início do funcionamento do Sanatório para os dementes pobres de Campinas / Sanatório Dr. Cândido Ferreira. Fechou o hospital psiquiátrico. (atual Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira - hoje uma OSS que gere diferentes tipos de serviços de saúde SUS, incluindo os de Saúde Mental)
1924	Lançamento do periódico Memórias do Hospital Juquery (até 1935)
1926	Fundação da Liga Paulista de Hygiene Mental (sediada no Asilo de Juquery e posteriormente na Faculdade de Medicina) - Antonio Carlos Pacheco e Silva foi fundador e dirigente.
1928	Lançamento do periódico Archivos Paulistas de Hygiene Mental (até 1930)
1929	Criação do Sanatório Pinel, por Pacheco e Silva, em São Paulo (Pirituba). Inicialmente privado, para atender famílias abastadas. Foi considerado o hospital psiquiátrico mais moderno da cidade. Hoje é o atual CAISM Philippe Pinel, de gestão estadual. Aberto, 136 leitos SUS, parcialmente em uso.

Era Vargas / Estado Novo (1930-1945)	
Estado SP	Presença de governos provisórios e interventores federais nomeados - mandatos maioria de 1 ano. 2 governadores de estado.
Contexto histórico e político	Revolução Constitucionalista de São Paulo (1932), 2a. Constituição da República (1934), Segunda Guerra Mundial, Período de forte industrialização, Manutenção da estrutura agrária, Estado de origem autoritária
Contexto da saúde	Instituição do Ministério da Educação e da Saúde Pública; Previdência Social e saúde ocupacional institucionalizadas (por meio do Ministério do Trabalho); Campanhas de conscientização da Febre Amarela e Tuberculose; decretada lei sobre assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, (Decreto n.24.559/1934); Publicação dos Decretos 19.518/1930 (determinação da Assistência a Psicopatas ligada ao Ministério da Educação e Saúde Pública), 24.559/1934 (sobre a profilaxia mental, assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos) e 24.814/1934 (criação da Diretoria de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental), 3.138/1941 (sobre cobertura assistencial e securitária do doente mental por previdência pública), 3.171/1941 (criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais: publica dados nacionais sobre assistência psiquiátrica (35 hospitais públicos e 41 particulares; 8 ligados a entidades filantrópicas, 25 concentrados no Rio de Janeiro e em São Paulo), Decreto 17.185/1944 (regulamenta o Serviço Nacional de Doenças Mentais) e da Lei 378/1937 (criação da Divisão de Assistência a Psicopatas do Departamento Nacional de Saúde; Publicação da reforma do Código Brasileiro de Saúde (1945) que condenava o uso dos termos hospício, asilo, retiro e recolhimento, indicando a denominação de hospital como a mais adequada; Realização da I Conferência Nacional de Saúde; Leucotomia (lobotomia), foi considerada técnica inovadora, amplamente utilizada (de 1936 e 1956) - caiu em desuso por ser considerada invasiva e violenta, contudo, pesquisas em psicocirurgia continuaram atuantes.
Ano	Fatos históricos na psiquiatria e saúde mental no Estado de SP
1932	Abertura do Sanatório Jabaquara (privado, atendia famílias abastadas). Na época, local de pesquisas e desenvolvimento de neurocirurgias. Fechado em 1980.
1933	Inauguração do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha (atual Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima).
1933	Início de funcionamento do Sanatório Benedita Fernandes (recente Hospital Psiquiátrico Benedita Fernandes), gerido pela Associação das Senhoras Cristãs (de origem espírita), de Araçatuba. Fechado em 2015.
1935	Início de funcionamento do Sanatório Ismael (atual Clínica Fazenda Palmeiras) - Associação Civil Hospital e Ambulatório para Psicopatas Ismael (atual Grupo Espírita Ismael), gerido por Henrique Castejon, em Amparo. Aberto, 273 leitos, 160 SUS. Atende privado.
1935	Início de funcionamento do Lar Bussocaba - Assistência Vicentina Imaculada Conceição de São Paulo, em Osasco. Fechado em 2019.
1936	Antonio Pacheco e Silva assume o curso de psiquiatria, na Faculdade de Medicina de São Paulo (atual FM/USP) e na Escola Paulista de Medicina (atual Unifesp) - "filial" para receber excedente de alunos.
1936	Publicação do Arquivos da Assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo (1936-1937). Em 1938 muda para Arquivos do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de SP (1941-1950), em 1951 para Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de SP (1951-1965), em 1966 para Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de SP (1966-1986) e em 1987 passa a se chamar Arquivos de Saúde Mental do Estado de SP.
1936	Indícios de criação de 2 Hospitais de Psicopatas em São Paulo (da Penha e de Perdizes). Possivelmente fechados.
1937	Início de funcionamento do Instituto Américo Bairral de Psiquiatria - Fundação Espírita Américo Bairral, em Itapira. Aberto, 817 leitos, 500 SUS. Atende privado. Gere 120 vagas de comunidade terapêutica e 5 residências terapêuticas. Possui centro de pesquisa e programa residência médica.
1938	Inauguração da Instituição de Assistência Social a Psicopatas do Estado de São Paulo.
1941	Início de funcionamento do Sanatório / Hospital Psiquiátrico Charcot, em São Paulo. Fechado em

	2008.
1943	Publicação dos Arquivos de Neuro-Psiquiatria (1943 a 2019 - todos os volumes disponíveis no Scielo) - gerida pela Academia Brasileira de Neurologia ABNEURO, sediada em São Paulo
1944	Início de funcionamento do Hospital de Psicopatas de Ribeirão Preto - (atual Hospital Santa Tereza), de Ribeirão Preto (gestão estadual). Aberto, 273 leitos SUS.
1944	Publicação do Boletim de Higiene Mental (1944-1960)
República Nova (1945-1964)	
Presidente Getúlio Vargas (1951-1954), João Fernandes Campos Café Filho (1954-1955), Juscelino Kubitschek de Oliveira (1956-1961)	
Estado SP	Governadores do Estado: José Carlos de Macedo Soares (1945-1947), Adhemar Pereira de Barros (1947-1951), Lucas Nogueira Garcez (1951-1955), Jânio da Silva Quadros (1955-1959), Carlos Alberto Alves de Carvalho Pinto (1959-1963),
Contexto histórico e político	Aumento na entrada de capital internacional; Morte de Getúlio Vargas (1954); Inauguração de Brasília como nova capital do país; Renúncia de Janio Quadros; Tentativa de João Goulart, como vice, em ficar no mandato; Golpe Militar de 1964
Contexto da saúde	Criação do Ministério da Saúde, Unificação da Previdência, Expansão da assistência hospitalar; Crescimento de empresas de saúde, advento descoberta da clorpromazina (1952); Publicação do Decreto 8.550/1946 (permitia acordos entre o Serviço Nacional de Doenças Mentais e os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos).
Ano	Fatos históricos na psiquiatria e saúde mental no Estado de SP
1947	Início de funcionamento do Hospital Felício Luchini (doutrina espírita), em Birigui. Fechado em 2014.
1948	Início de funcionamento do Hospital Espírita de Marília. Aberto, 320 leitos, 162 SUS. Atende Privado. Mantém conjunto de serviços próprios (centro médico, espaço dia, lar abrigado).
1950	Início de funcionamento do Sanatório Antonio Luiz Sayão (atual Clínica Antonio Luiz Sayão), fundado pelo Centro Espírita João Batista, em Araras. Aberto, 320 leitos, 162 SUS. Atende privado.
1951	Início de funcionamento do Hospital Psiquiátrico / Casa Anchieta, em Santos. Fechado em 1989.
1951	Início de funcionamento da Clínica Psico Físico Social Allan Kardec (recente Hospital Psiquiátrico Allan Kardec), em Presidente Prudente. Fechado em 2016.
1952	Início de funcionamento do Hospital Espírita João Marchesi, gerido pela em Penápolis. Aberto, 58 leitos SUS. A Associação virou uma OSS que gere serviços de saúde mental (CAPS e RT) na região de Araçatuba, além de outros serviços de saúde.
1952	Inauguração do Instituto de Psiquiatria - Ipq. Somente nesse ano o curso foi transferido para a Faculdade de Medicina, quando inaugurou o Instituto de Psiquiatria. Já mais adaptado aos preceitos da OMS (hospitais menores, para casos agudos, com tendência de desospitalização). Nessa época não há registros de leitos de psiquiatria em Hospital Geral IPq sediou o 1º Congresso Panamericano de Criminologia
1953	Hugo Cerletti (Itália) viajou a convite para São Paulo, onde ministrou palestra no Ipq sobre as descobertas da Eletroconvulsoterapia, técnica já adotada por grupo de professores do curso de psiquiatria e neurologia.
1954	IPq sedia 1o Congresso Internacional da Federação Mundial para a Saúde Mental, com a presença do Prof. Dr. Rees.
1955	Sanatório Bezerra de Menezes (atual Instituto Bezerra de Menezes), gerido pela Associação Médico Espírita do Brasil (nacional), em Espírito Santo do Pinhal. Aberto, 279 leitos, 266 SUS.
1955	Inauguração do Departamento de Assistência a Psicopatas e o Serviço de Tratamento e Recuperação a Alcoólatras (em 1968 foi denominado Hospital Psiquiátrico da Água Funda e atualmente é o CAISM Dr. David Capistrano da Costa Filho da Água Funda), de gestão estadual. Aberto, 170 leitos SUS.
1958	Início de funcionamento do Hospital Thereza Perlatti, gerida pela Associação Hospitalar Thereza Perlatti (doutrinação espírita), em Jau. Aberto, 380 leitos, 350 SUS. Atende privado. Aceita doação. Atende idosos e dependentes químicos.
1958	Início de funcionamento do Hospital Psicopata de Ourinhos, gerido pela Associação Cultural Sociedade Espírita Fraternidade - ACEF. (recente Hospital de Saúde Mental de Ourinhos - nos últimos anos de funcionamento estava vinculado à Santa Casa). Fechado em 2008.

1958	Início de funcionamento do Hospital Psiquiátrico São João, de Presidente Prudente. Fechado em 2015.
1959	Início de funcionamento do Sanatório Vera Cruz (atual Hospital Vera Cruz), em São Paulo. (Encerrou SUS, atendimento somente privado)
1960	Início de funcionamento da Casa de Saúde Bezerra de Menezes (doutrina espírita), de Rio Claro. Foi leprosário na déc. de 50, adaptado para receber alienados. Aberto, 114 leitos, 100 SUS. Atende Privado.
1960	Início de funcionamento do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz, de Sorocaba. Fechado em 2018.
1962	Início de funcionamento do Hospital Teixeira Lima, de Sorocaba. Fechado em 2015.
1963	Início de funcionamento do Sanatório SEARA (atual Serviço Espírita de Assistência e Recuperação de Americana - SEARA), em Americana. Em 2019 com 139 leitos, 94 SUS. Aceita doação.
Ditadura Militar (1964-1985) 5 Presidentes da República Gerais do Exército	
Estado SP	Governadores de estado: Adhemar Pereira de Barros (1963-1966) Roberto Costa de Abreu Sodré (1967-1971), Laudo Natel (1971-1975); Paulo Egydio Martins (1975-1979), Paulo Salim Maluf (1979-1982), Governo Franco Montoro (1983-1987)
Contexto histórico e político	Fechamento do Congresso Nacional, Ato Institucional no. 5, reforma constitucional para recrudescimento das leis, graves conflitos com civis com uso de censura, detenção e tortura, década de 70 com séria crise econômica, fortalecimento de movimentos sociais (incluindo o "Diretas já", gradativa abertura democrática com eleições indiretas, Lei da Anistia.
Contexto da saúde	Mudança previdenciária com INPS acarretou encaminhamento elevado da rede pública para a privada, internações prolongadas, presença de corrupção em relação aos repasses públicos. Em 1964 haviam 74 manicômios no país, no final ditadura eram 395 manicômios. Crise da DISAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) - gatilho da reforma com greve os hospitais psiquiátricos do RJ e depois BA. Fortalecimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e da Luta Antimanicomial Ministério da Previdência aprova Manual para Assistência Psiquiátrica (base da portaria n. 32/1974, do Ministério da Saúde. Posterior SUDS -(transição SUS) Ministério da Saúde com co-gestão do Ministério da Previdência e Assistência Social - apoio via Plano CONASP - Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (1981), inspirado pela proposta do CEBES com os princípios do de funcionamento do futuro SUS e no Manual para Assistência Psiquiátrica.
Ano	Fatos históricos na psiquiatria e saúde mental no Estado de SP
1965	Início de funcionamento do Centro Integrado de Saúde Nossa Senhora do Caminho, gerido pela Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus), em São Paulo (Região Sul). Fechado em 2017.
1965	Publicação do Boletim do Centro de Estudos Franco da Rocha (1965-1981)
1966	Arquivos de Saúde Mental do Estado de São Paulo (1966 a 1985)
1967	Início de funcionamento do Instituto de Psiquiatria de Guarulhos (IPG). Fechado em 1994.
1967	Início de funcionamento do Hospital Psiquiátrico Espírita Cairbar Schutel, em Araraquara. Aberto, 46 leitos SUS. Aceita doação.
1968	Início de funcionamento do Hospital Psiquiátrico André Luiz, gerido pela Associação Beneficente Espírita de Garça. Aberto, 213 leitos SUS.
1968	Início de funcionamento do Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi, gerido pela Associação Mahatma Gandhi, em Catanduva. Aberto, 157 leitos, 138 SUS. Atende privado. Aceita doação. Associação virou OSS.
1969	Início de funcionamento do Hospital Psiquiátrico da Associação Filantrópica Espírita de Adamantina - AFEA (atual Clínica Nosso Lar / Pai - Nosso Lar), em Adamantina. Aberto, com 144 leitos SUS. Aceita doação.
1969	Início de funcionamento do Hospital Psiquiátrico "Professor Cantídio de Moura Campos" – atual CAIS Professor Cantídio de Moura Campos, em Botucatu (gestão estadual). Aberto, 80 leitos SUS.
1969	Início de funcionamento do Instituto de Psiquiatria Tupã. Fechado em 2016.

1969	Início de funcionamento da Clínica Cristália, em Itapira. Fechado. Funcionou laboratório no local, ainda aberto de produção de medicamentos psicotrópicos (Cristália Produtos Químicos e Farmacêuticos)
1970	Centro de Reabilitação de Casa Branca (CRCB), gestão estadual. Aberto, com 320 leitos SUS.
1971	Início de funcionamento da Clínica de Repouso Santa Rosa, em Espírito Santo do Pinhal. Aberto, 99 leitos, 55 SUS.
1972	Início de funcionamento da Clínica de Repouso Dom Bosco, em Tupã. Fechado em 2017.
1972	Início de funcionamento do Centro de Valorização da Vida Francisca Júlia - Federação Espírita de São Paulo, em São José dos Campos. Aberto, com 147 leitos SUS. Aceita doação. Atende privado. Gerencia 10 RTs em São José dos Campos e possui 2 ambulatórios (adulto e infantil).
1972	Início de funcionamento do Anexo Psiquiátrico São Lucas / Irmã Valentina, em Garça. Fechado em 2018.
1972	Início de funcionamento do Centro Integrado de Assistência e Saúde Nossa Senhora de Fátima, gerido pela Irmãs Hospitaleiras no Brasil (Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus). Encerrou convênio SUS, somente privado.
1972	Início de funcionamento do Hospital Mental - Medicina Especializada, em Sorocaba. Fechado em 2014.
1973	Início de funcionamento do Instituto de Reabilitação e Prevenção em Saúde Indaiá - IRPSI. Aberto, 115 leitos, 69 SUS. Atende privado. Aceita doação.
1973	Início de funcionamento do Hospital Psiquiátrico de Santa Rita do Passa Quatro (antigo Sanatório Colonia Santa Rita para tratamento tuberculose - 1949). Hoje nomeado como CAIS - Centro de Atenção Integral de Santa Rita do Passa Quatro. (gestão estadual). Aberto, 260 leitos SUS.
1973	Início de funcionamento do Centro Psiquiátrico de São Bernardo do Campo (atual Hospital Lacan). Atualmente é gerido por OSS (SPDM). Aberto, com 182 leitos SUS. Não gera AIH.
1973	Início de funcionamento do Hospital Psiquiátrico Vale das Hortências, em Piedade. Fechado em 2018.
1973	Prof. Dr. Luís da Rocha Cerqueira foi Coordenador de Saúde Mental de São Paulo.
1974	Início de funcionamento do Hospital Dr. Adolfo Bezerra de Menezes (doutrina espírita), em São José do Rio Preto. Aberto, 209 leitos, 160 SUS. Atende Privado.
1975	Início de funcionamento do Hospital Bezerra de Menezes (doutrina espírita), gerido pela Associação Assistencial Bezerra de Menezes, em Presidente Prudente. Aberto, 172 leitos, 160 SUS. Aceita doações. Gere uma possível comunidade terapêutica (Clínica Viva) e 2 RTs.
1976	Início de funcionamento do Hospital Psiquiátrico Vale do Rio Grande. Fechado 2008.
1976	Início de funcionamento do Clínica Psiquiátrica Salto de Pirapora. Fechado 2018.
1977	Início de funcionamento do Hospital Psiquiátrico Santa Cruz, em Salto de Pirapora. Fechado 2018.
1978	Início de funcionamento do Centro de Atenção Integral à Saúde - CAIS Clemente Ferreira (foi sanatório de tuberculose em 1955), em Lins (gestão estadual). Aberto, 276 leitos SUS. Possui RTs (lares abrigados no local do hospital), HD que se adaptou em CAPS III (24 horas). Atualmente oferece atendimento a idosos, dependência química (incluindo menores de idade) e psiquiatria em geral. Possui pacientes neurológicos infanto-juvenil e adulto.
1979	Instituto Sedes Sapientiae realiza o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental
1981	XV Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental e II Encontro Multiprofissional de Saúde Mental Comunitária realizados em Campinas (SP).
Nova República (1985-presente)	
Governos José Sarney, Fernando Collor, Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso, Luis Inácio Lula da Silva, Dilma Rousseff, Michel Temer (vice) e Jair Bolsonaro (2019-atual)	
Estado SP	Governos de Orestes Quêrcia (1987-1991), Antonio Fleury (1991-1995), Mario Covas (1995-2001), Geraldo Alckmin (2001-2006), Claudio Lembo (vice 2006-2007), José Serra (2007-2010), Alberto Goldman (vice 2010-2011), Geraldo Alckmin (2011-2018), Marcio França (vice - 2018), João Dória (2019-atual) Coord. Área Técnica de Saúde Mental de Mirsa Dellosi, Regina Bichaff, Sergio Tamai e Rosângela Elias

Contexto histórico e político	Assembleia Constituinte; Constituição da República de 1988; Movimento Diretas já; falecimento de Tancredo Neves; Plano Cruzado; Plano Real; Impeachment do mandato de presidência de Collor (1992) e Dilma (2016); várias instabilidades políticas com crises sociais e econômicas, períodos de maior estabilidade ocorreram nos governos FHC e Lula.
Contexto da saúde	Instituição das normativas do SUS (Lei nº 8.080 de 1990, Lei Orgânica do SUS, Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS) I e II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste (1986, 1987); I Conferência de Saúde Mental (1987), desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde; Declaração de Caracas (1990); Portaria 224/1992: Criação NAPS/CAPS; II Conferência Saúde Mental (1992); No Governo FHC, 1999, Ana Pitta assume a Coordenação da Área Técnica de Saúde Mental; III Conferência Nacional de Saúde Mental (2000); Portaria 106/2000: Serviços Residenciais Terapêuticos; Lei 10.216/2001; Portaria 251/2002: PNASH/Psiquiatria; Lei n. 10.708/2003: PVC; IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010); Portaria 3088/2011: RAPS; Portaria nº 3588/2017: novas diretrizes RAPS; Nota Técnica 11/2019 - Sobre a Nova Política de Saúde Mental (foi retirada do ar pelo MS após críticas); Lei 13.840/2019 (permite que dependentes químicos sejam internados contra a própria vontade)
Ano	Fatos históricos na psiquiatria e saúde mental no Estado de SP
1983	Início do Programa de Intensidade Máxima - PIM (gestão estadual)
1986	I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste (Em Espírito Santo)
1986	Início de funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Itapeva (gestão estadual, gerido atualmente por OSS - SPDM)
1986	Criação dos ERSAs - Escritórios Regionais de Saúde.
1986	II Encontro Regional da Rede de Alternativas em Psiquiatria com discussão sobre equipes multidisciplinares, trabalhos do Serviço de Orientação Familiar (SOF) e trabalhos do grupo de psicologia social da PUC-SP (junho). III Encontro: sobre Manicômio Judiciário de SP, Hospital do Juqueri além dos preparativos para o II Encontro Latino Americano e o VI Encontro Internacional, PUC-SP (agosto).
1987	II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste (Em Minas Gerais - Barbacena)
1987	II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde em Bauru
1988	I Encontro de Ambulatórios de Saúde Mental
1989	Fundação da Associação Franco Basaglia, em São Paulo
1989	Intervenção municipal para fechamento da Casa de Saúde Anchieta, em Santos - 1º manicômio fechado no País.
1989	Implantação dos NAPS de Santos.
1989	Casa de Saúde de São João de Deus, gerida pela Ordem Hospitaleiras de São João de Deus - Associação Hospitaleira de Assistência Social, em São Paulo. Aberto, com 144 leitos, 90 SUS. Atende Privado. Aceita doações.
1989	XIX Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental: Ascendência da Associação Brasileira de Psiquiatria sobre a Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental. Indústria farmacêutica com influência nas discussões.
1991	Prefeitura de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, implantou 18 Centros de Convivência. Hoje, são 21 unidades.
1991	Realização do evento "Saúde Mental, Cidadania e Sistemas Locais de Saúde", em Santos/SP, organizado pela Prefeitura Municipal, Organização Panamericana de Saúde, Ministério da Saúde e Cooperazione Italiana.
1992	II Conferência Estadual de Saúde Mental de São Paulo. SUS/SP.
1993	Realização dos II Congresso Brasileiro de Psicoterapia Existencial, III Encontro Brasileiro de Análise Existencial Terapêutica e I Simpósio Latino Americano de Práticas Antimanicomiais em Saúde Mental, em São Paulo/SP.
1995	Associação Instituto Chui de Psiquiatria, em São José dos Campos. Encerrou convênio SUS, somente privado.
1995	CAISM Vila Mariana, em São Paulo. O prédio original era um convento, construído no século XIX, que funcionou como um hospital psiquiátrico até 1996. Não foi localizado data de início de funcionamento. Somente a data de abertura do CAISM (CNPJ). O prédio foi cedido pelo Estado. Esteve desde 1998 sob a administração da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

	Atualmente gerida pela SPDM e sedia o Departamento de Psiquiatria da UNIFESP.
1995	Código de Saúde do ESP: substituição gradativa internações por ações extrahospitalares
1996	I Reunião Periódica de Investigações no Campo da Saúde Mental no Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.
1997	Realização da Semana Nacional da Luta Antimanicomial na Universidade de São Paulo ("Fim de Século - Ainda Manicômios?") organizado pelo Laboratório de estudos em Psicanálise e Psicologia Social do Instituto de Psicologia.
1997	Realização do Seminário Saúde Mental e Cidadania pela Prefeitura de Franca/SP.
1998	Promoção do Curso de Temas Básicos de Saúde Mental do Trabalhador ("Trabalho e Loucura") realizado em São Paulo pela ONG - Associação SOS Saúde Mental.
1998	16º Congresso Brasileiro de Psiquiatria ("Cidadania e Direito à Saúde Mental") realizado em São Paulo pela Associação Brasileira de Psiquiatria.
1999	I Fórum de Debates de Saúde Mental, promovido pelo Conselho Regional de Psicologia SP Subsede de Assis. Realizado pela Comissão de Saúde Mental, composta por trabalhadores de Saúde Mental da região de Assis.
2001	Fundação da Associação Loucos pela Vida, em Mogi das Cruzes
2003	Início de funcionamento do Hospital Santa Maria, em Pirapozinho. Duvida se não é mais antigo. Dado do cadastro do CNPJ. Fechado em 2014.
2008	1º Censo Psicossocial de Moradores de Hospitais Psiquiátricos
2008	Estado de SP está com 17 equipes NASF e 245 CAPS implantados
2010	Estado de SP está com 129 equipes NASF e 293 CAPS implantados
2012	Termo de Ajustamento de Conduta de Sorocaba (TAC Sorocaba) - Ministério Público
2012	Deliberação CIB n. 87 (define processos da RAPS no Estado de São Paulo e a atribuição do GCE RAPS)
2012	Estado de SP está com 161 equipes NASF e 375 CAPS implantados
2014	2º Censo Psicossocial de Moradores de Hospitais Psiquiátricos
2014	Estado de SP está com 301 equipes NASF e 426 CAPS implantados
2016	Estado de SP está com 400 equipes NASF e 474 CAPS implantados
2017	Encontro de Bauru (30 anos - Por uma sociedade sem manicômios) - publicação da Carta de Bauru
2018	Estado de SP está com 529 equipes NASF e 529 CAPS implantados

Anexo 5

RRAS	DRS	CIR	Município	Natureza	Estabelecimento	Leito em Psiquiatria (+ crônico)	Leito Hospital Dia	N. AIHs Normal 2018	Dias de Permanência	Leito /dia AIH Normal	N. AIHs L. Permanência 2018	Dias de Permanência	Leito /dia AIH L. Permanência
RRAS 01	DRS I - Grande São Paulo	Grande ABC	São Bernardo do Campo	Privada/OSS - Estadual	HOSPITAL LACAN (Possui convênio com Estado, porém não produz AIH)	192		0	0	0	0	0	0
RRAS 03		Franco da Rocha	Franco da Rocha	Pública - Estadual	COMPLEXO HOSPITALAR JUQUERY FRANCO DA ROCHA	251		14	296	1	1.027	30.629	84
RRAS 05		Rota dos Bandeirantes	Osasco	Filantrópica católica - Municipal	LAR BUSSOCABA ASSISTENCIA VICENTINA	11		145	4.237	12	0	0	0
RRAS 06		São Paulo	São Paulo	Pública - Estadual	CAISM DR DAVID CAPISTRANO DA COSTA FILHO DA AGUA FUNDA SP	130	40	1.075	19.114	52	1.046	22.766	62
				Pública - Estadual	CAISM PHILIPPE PINEL SAO PAULO	136		462	10.548	29	288	8.418	23
				Filantrópica católica - Estadual	CASA DE SAUDE DE SAO JOAO DE DEUS (CNES indica leitos. Unidade de está aberta. Não produziu AIH em 2018. Pode ter convênio com o município?)	90		0	0	0	0	0	0
				Filantrópica católica - Estadual	HOSPITAL PSIQUIATRICO DE VILA MARIANA	27	50	1.258	17.947	49	40	839	2
				Hospital de Ensino - Estadual	FUNDAÇAO FACULDADE DE MEDICINAHCFMUSP INST DE PSIQUIATRIA SP	78	45	602	17.691	48	416	9.463	26
				Privada/OSS - Municipal	UNAD UNIDADE DE ATENDIMENTO AO DEPENDENTE (Unidade desativada 02/19. Não produziu AIH em 2018.)	80	0	0	0	0	0	0	0
RRAS 09		DRS VI - Bauru	Bauru	Pirajui	Filantrópica católica - Estadual	LAR IRMA DULCE NA PROVIDENCIA DE DEUS PIRAJUI (Leito crônicos. Não produziu AIH em 2018.)	39	0	0	0	0	0	0
	Jau		Jau	Filantrópica espírita - Estadual	HOSPITAL TEREZA PERLATTI JAU	210	60	1.971	46.856	128	1.258	32.833	90
	Lins		Lins	Pública - Estadual	CAIS CLEMENTE FERREIRA DE LINS	296		1.540	37.580	103	123	3.705	10
	Polo Cuesta		Botucatu	Pública - Estadual	CAIS CANTIDIO DE MOURA CAMPOS	80		289	3.643	10	273	5.033	14
RRAS10	DRS IX - Marília	Adamantina	Adamantina	Filantrópica espírita - Estadual	CLINICA NOSSO LAR ADAMANTINA	144		790	20.380	56	1.075	29.533	81
		Marília	Garça	Filantrópica espírita - Estadual	HOSPITAL PSIQUIATRICO ANDRE LUIZ	213		774	17.142	47	2.087	55.206	151
			Marília	Filantrópica espírita - Estadual	HOSPITAL ESPIRITA DE MARIUA	142		714	13.084	36	1.289	35.375	97
RRAS11	DRS XI - P. Prudente	Alta Soro-cabana	Presidente Prudente	Filantrópica espírita - Estadual	HOSPITAL PSIQUIATRICO ESPIRITA BEZERRA DE MENEZES	160		712	8.844	24	1.241	30.431	83
RRAS12	DRS XII - Araçatuba	Consortios do DRS II	Penápolis	Filantrópica espírita - Municipal	HOSPITAL ESPIRITA JOÃO MARCHESI	60		462	6.277	17	579	12.069	33
	DRS XV - SJ Rio Preto	Catanduva	Catanduva	Filantrópica espírita - Municipal	HOSPITAL PSIQUIATRICO MAHATMA GANDHI	138		745	18.427	50	1.061	24.341	67
		Votuporanga	Nhandeara	Filantrópica (s.d.) - Estadual	INAMEX NHANDEARA	11		0	0	0	132	4.015	11
		Sao José do Rio Preto	São José do Rio Preto	Filantrópica espírita - Estadual	HOSPITAL BEZERRA DE MENEZES	160		1.237	16.267	45	1.872	41.796	115
RRAS13	DRS III - Araraquara	Central do DRS III	Araraquara	Filantrópica espírita - Municipal	CASA CAIRBAR SCHUTEL	30	16	467	7.296	20	158	4.569	13
	DRS VIII - Franca	Tres Colinas	Franca	Filantrópica espírita - Municipal	HOSPITAL PSIQUIATRICO ALLAN KARDEC FRANCA SP	200	30	1.086	18.550	51	2.190	57.910	159
	DRS XIII - Ribeirão Preto	Aquifero Guarani	Ribeirão Preto	Pública - Estadual	HOSPITAL SANTA TEREZA DE RIBEIRAO PRETO	280		502	12.580	34	1.230	35.192	96
RRAS14	DRS X - Piracicaba	Araras	Araras	Filantrópica espírita - Estadual	CAIS CENTRO ATENCAO INTEGRAL SAUDE SANTA RITA PASSA QUATRO	260		595	6.888	19	1.544	39.531	108
		Rio Claro	Rio Claro	Filantrópica espírita - Estadual	CLINICA SAYAO ARARAS	162		4	72	0	601	17.763	49
RRAS15	DRS XIV - São João da Boa vista	Baixa Mogiana	Moji Mirim	Filantrópica espírita - Estadual	LAR ESPIRITA MARIA DE NAZARE MOJI MIRIM (Somente 1 morador?)	55		0	0	0	12	365	1
		Baixa Mogiana	Itapira	Filantrópica espírita - Estadual	INSTITUTO AMERICO BAIRRAL DE PSIQUIATRIA	500		1.656	23.110	63	5.635	149.065	408
		Mantiqueira	Espírito Santo do Pinhal	Privada - Estadual	CLINICA DE REPOUSO SANTA ROSA ESPIRITO SANTO DO PINHAL	50		169	2.274	6	566	14.688	40
				Filantrópica espírita - Estadual	INSTITUTO BEZERRA DE MENEZES ESPIRITO SANTO DO PINHAL	266		982	13.623	37	2.647	66.441	182
	Rio Pardo	Casa Branca	Pública - Estadual	CENTRO DE REABILITACAO DE CASA BRANCA	320		45	683	2	2.218	66.597	182	
	DRS VII - Campinas	Circuito das Águas	Amparo	Filantrópica espírita - Municipal	CLINICA FAZENDA PALMEIRAS	160		1.040	13.909	38	1.675	38.726	106
		Regiao Metropolitana - Campinas	Americana	Filantrópica espírita - Municipal	SEARA HOSPITAL PSIQUIATRICO	94		598	8.069	22	1.017	23.570	65
			Indaiatuba	Filantrópica (s.d.) - Estadual	IRPSI	69		377	6.114	17	952	25.087	69
RRAS17	DRS XVII - Taubaté	Alto Vale do Paraíba	São José dos Campos	Filantrópica espírita - Municipal	CVV FRANCISCA JULIA	147		760	13.105	36	642	13.833	38
						5.341	241	22.111	395.919	1.085	35.604	912.657	2.500